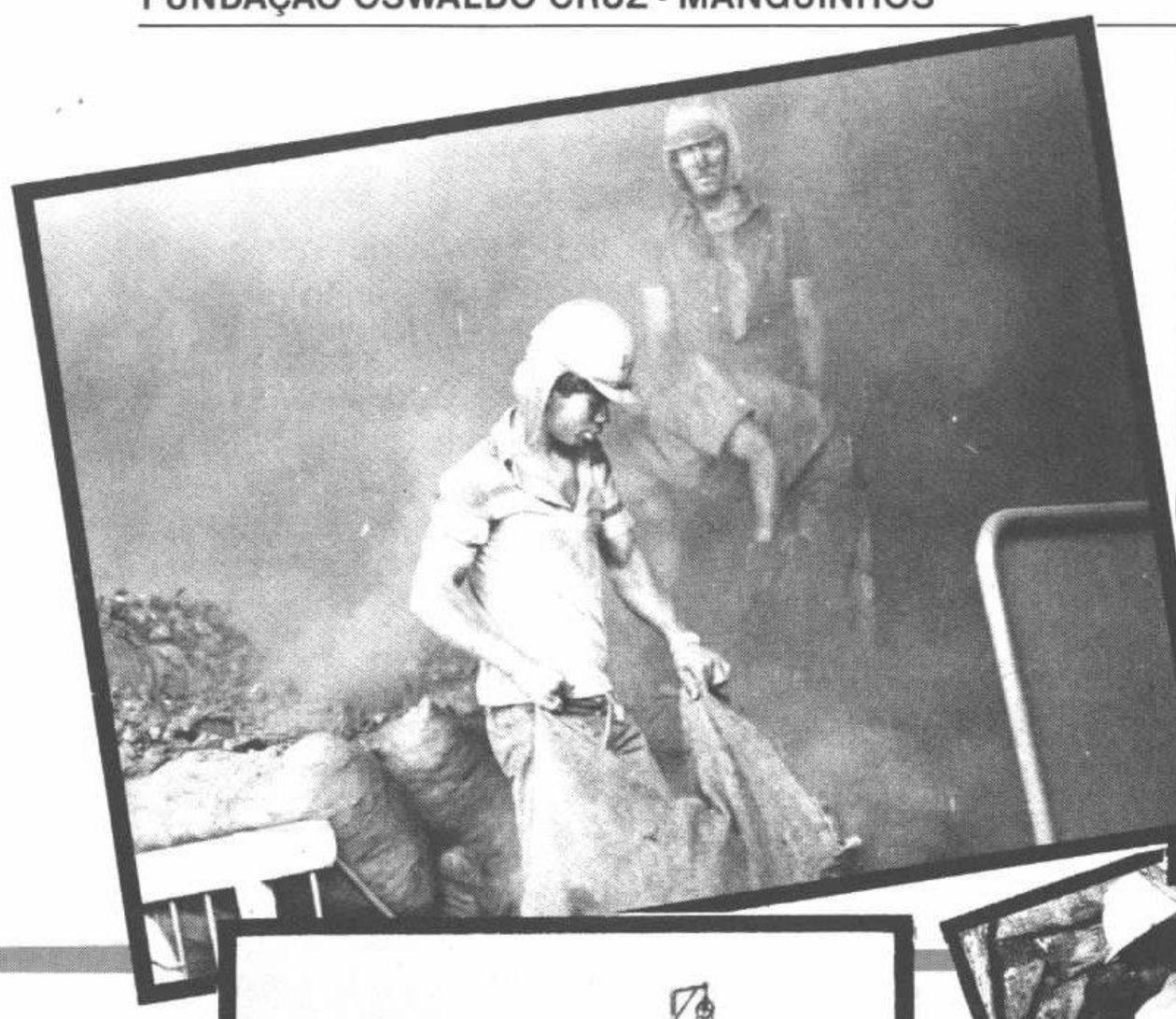
FIOCRUZ

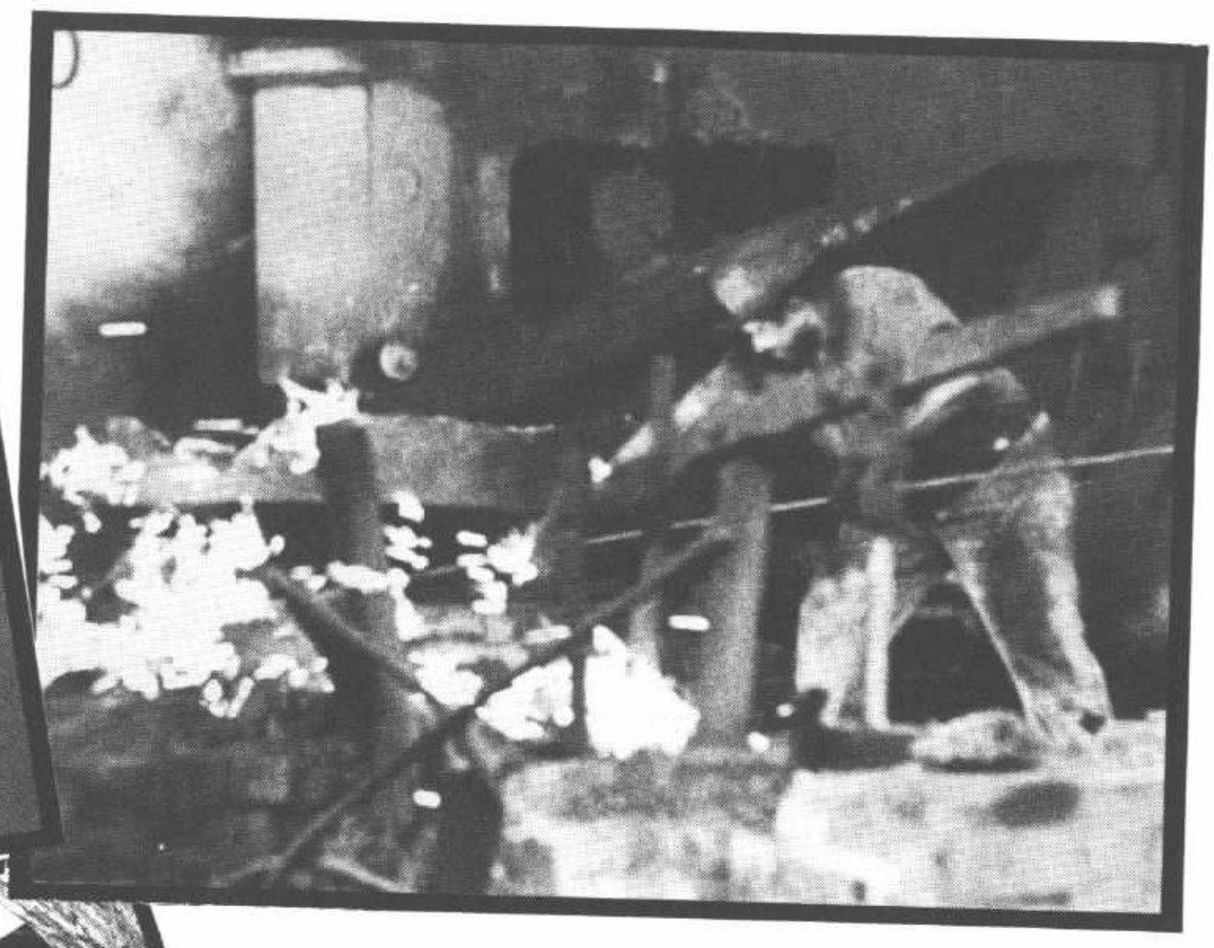
Aids 9

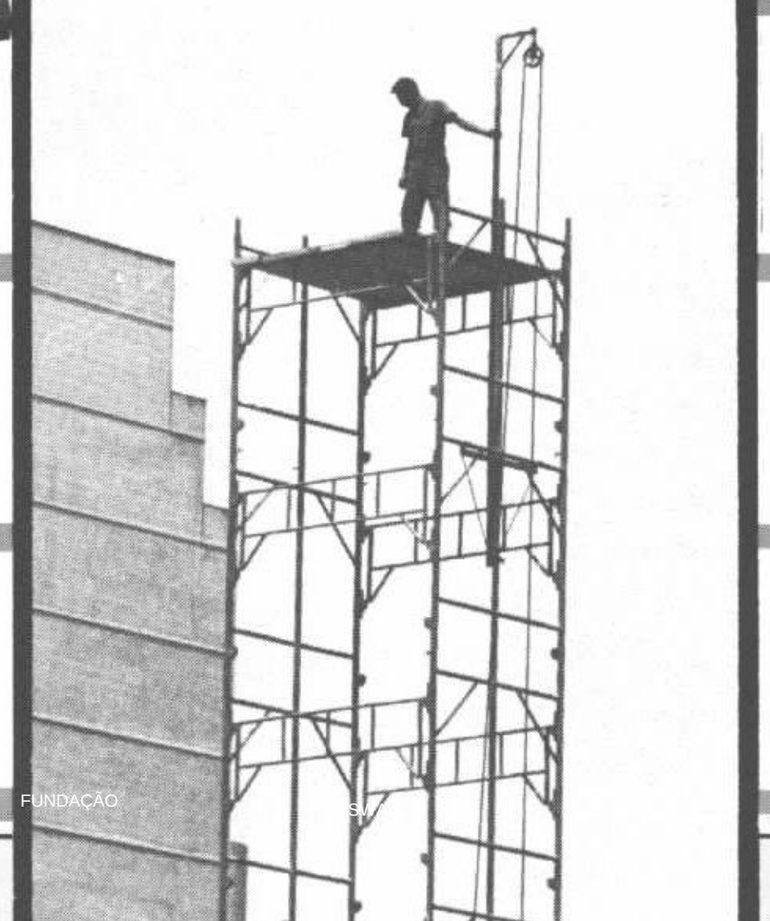
radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - MANGUINHOS

ANO V - NOVEMBRO DE 1987







SAÚDE DO TRABALHADOR

UM QUADRO DRAMÁTICO

FUNDAÇÃO SAÚDE MANGUINHOS

CONSTITUINTE: A luz no fim do túnel? Pág. 22

Leucopênicos de Cubatão: Uma história exemplar
Pág. 10

Fala Trabalhador "O que a gente diz nunca é publicado"
Pág. 12

Agrotóxicos: Intoxicações no Vale do Ribeira
Pág. 16

Tecnologia: As doenças da evolução.
Pág. 19

E MAIS: uma relação de entidades ligadas à saúde do trabalhador Pág. 24

Aos leitores

Este ano é marcado pela elaboração de uma nova Constituição para o País. Uma Constituição que, estima-se, deverá ser mais próxima da realidade do País e da população. Temos consciência, evidente, de que não será a Constituição ideal — ela existiria em algum lugar? — e sabemos que as "questões macro" acabam por abafar as "questões micro".

Estamos aqui para falar de uma questão macro que jamais foi vista desta forma: a questão da saúde do trabalhador. A maior catástrofe deste País, que se rejubila de não sofrer com terremotos, maremotos ou vulcões, mas que perde dezenas de milhares de habitantes por ano em acidentes do trabalho ou vítimas das doenças profissionais.

Já "conquistamos" mais de uma vez o título de campeões mundiais de acidentes de trabalho — o primeiro na década de 70 — embora Governo e empresários não gostem de falar nisso. E fomos campeões com números oficiais três vezes menores que os verdadeiros, neste paraíso da subnotificação. E no campo da prevenção, são totalmente incipientes as ações.

Somente de alguns anos para cá começaram a surgir pesquisas em diversas regiões do País, muito mais fruto de atitudes pessoais de alguns profissionais que por diretriz política de instituições. E o quadro real tem se revelado grave.

Nesta TEMA buscamos dar alguns dados para que o leitor possa ter alguma informação sobre este assunto e agradecemos toda a colaboração recebida. Merecem citação o Sub-Secretário de Saúde de São Paulo, René Mendes, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Fiocruz), sobretudo do doutor Jorge Mesquita Hoet Machado.

Os dados apresentados nesta publicação foram retirados da tese de Livre-docência "Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor de saúde: contribuição para a definição de uma política", do professor René Mendes; do documento "Política Nacional de Saúde do Trabalhador — Análises e Perspectivas", elaborado pelo Cesteh como contribuição para a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; do "Projeto de Vigilância Epidemiológica de Intoxicações Exógenas no Vale do Ribeira", concretizado pela então Devale; dos boletins do Sindicato dos Metalúrgicos de Santos (Cimentel e Rádio Peão); dos boletins Trabalho e Saúde, órgão informativo do Diesat e da revista "Doenças Profissinais em Processamento de Dados", elaborada pelo Sindicato dos Empregados em Empresas de Processamento de Dados do Estado de São Paulo.

Buscamos destacar três casos exemplares — um na indústria, um no campo e um no setor terciário. Temos consciência de que representam apenas detalhes de um quadro bem maior, entretando, servem como exemplos expressivos da grave situação existente.

O assunto, por sua relevância, evidentemente voltará a ser tema de outras publicações. Acreditamos, no entanto, que a evolução dos debates em torno da Reforma Sanitária, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da Iª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, permitirá não apenas revelar os números cruéis dessa realidade hoje, mas sim avançar na efetiva solução dos problemas de saúde do trabalhador em todos os níveis

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE
TEMA

RADIS – Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde

A revista TEMA é editada pelo RADIS – Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde, projeto desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** e pelo **Centro de Informações para a Saúde** da **Fundação Oswaldo Cruz,** com a colaboração do **Inamps.** **Coordenação do Projeto RADIS:** Célia Maria de Almeida. **Editor Responsável:** Álvaro Nascimento. **Texto:** Marcus Barros Pinto e Sinval Brandão. **Ilustrações:** Carlos Xavier (Caco). **Arte:** Victor Ebralco. **Banco de Dados:** Simone Oliveira. **Secretaria:** Jandira Vilhena. **Cadastro:** Martha Gomes. **Colaboração:** Assessoria de Imprensa (Maria Christina Tavares) e Assessoria Parlamentar (Olga D'Arc) da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz.
Tiragem: 40 mil exemplares; **Distribuição:** Direta, via correios. **Fotocomposição:** Studio Alfa. **Composição:** Alpha Publicidade. **Fotolito e Impressão:** Gráfica Ébano.
Assinatura: Em conjunto com PROPOSTA e DADOS. Escreva para o Projeto RADIS, Avenida Brasil, 4036 – sala 515 – CEP 21.040 – Tel.: 270-9122, ramais 287 e 288 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

Saúde do Trabalhador

Um quadro dramático

A saúde do trabalhador, mais que por condições biológicas ou por condições do ambiente de trabalho é, na verdade, determinada simultaneamente pelas condições de vida e de trabalho. Tais condições são, por sua vez, determinadas por processos sociais mais abrangentes. A saúde do trabalhador, portanto, é resultado de um longo processo histórico que sempre se caracterizou pela constante exploração do trabalhador, tanto na cidade quanto no campo e que, no Brasil, tem as suas especificidades.

Fartamente denunciado como dramático, o quadro de saúde do trabalhador hoje, é resultado de uma determinada opção de desenvolvimento, onde os interesses das elites invariavelmente colocam em segundo plano as questões sociais que dizem respeito à grande maioria da população brasileira. A falta de prioridade para o trabalhador rural, com o esvaziamento do campo e a migração para os centros urbanos industriais, transforma o trabalhador numa simples peça de reposição. Lucro, produção, exportação são conceitos que se sobrepõem à melhoria das condições de vida dos trabalhadores, enquanto cidadãos.

Nos últimos anos, o crescimento acelerado foi calcado no arrocho salarial e numa política de exportações combinada com um endividamento e pagamento de juros exorbitantes, tornando o Brasil o paraíso das multinacionais e do capital financeiro. Por outro lado as necessidades básicas do trabalhador — alimentação, saúde, moradia, transporte e lazer — são deixadas de lado e o Estado, ao invés de estar comprometido com a população, volta-se para os interesses da classe patronal combinando um discurso democrático com a ausência de ações que o materializem.

Esse quadro se agrava quando levamos em conta o desconhecimento, por parte dos trabalhadores, dos riscos a que estão expostos nos ambientes de trabalho e a absoluta falta de controle dos processos de produção a que são submetidos.

No campo, a situação do trabalhador rural é mais dramática, sem o amparo legal já conquistado em alguns níveis pelo trabalhador urbano e, não raro, vivendo num dissimulado regime de escravidão.

A concentração de terras nas mãos de latifundiários, a política agrícola (que favorece a exportação e os grandes produtores, em detrimento da produção de alimentos básicos para a população) e as leis discriminatórias apontam para a muito reivindicada transformação da estrutura fundiária do País.

No Brasil hoje coexistem práticas rudimentares, no campo e na indústria, e processos de produção de tecnologia de ponta. Coexistem um alto nível de desenvolvimento econômico com um baixo nível de vida. Coexistem doenças "modernas" com endemias clássicas. O Brasil figura como recordista mundial de acidentes de trabalhos mesmo apresentando estatísticas e registros oficiais distantes da realidade: os números são subnotificados ou pela falta de diagnóstico ou pela omissão nas notificações.

Extensas jornadas, desgastantes deslocamentos casa/trabalho, baixos salários, impossibilidade do lazer real, falta de estabilidade no emprego, precariedade da estrutura sindical, não cumprimento dos mais elementares direitos do trabalhador, exploração do trabalho da mulher e do menor, agravam ainda mais este já caótico quadro da saúde do trabalhador no meio urbano. No meio rural, sem os plenos direitos trabalhistas e previdenciários, com deficiente assistência à saúde e social, submetido a freqüentes deslocamentos por longas distâncias, o trabalhador do campo convive ora com a esperança da reforma agrária, ora empurrado à migração para os centros urbanos. Morre sem terra, pela terra, com as crianças executando atividades que seriam excessivas até mesmo para um adulto, sem fixação de horário da jornada de trabalho e exposto a substâncias tóxicas cuja nocividade, por falta de informação básica, é desconhecida por ele.

O quadro setorial na saúde é marcado pelo descaso das autoridades com os problemas da saúde do trabalhador, pelas dificuldades de acesso aos serviços de assistência, pela falta de integração entre os órgãos públicos responsáveis pela prestação de serviços, bem como pela existência de leis sobrepostas e restritivas. O Estado não se compromete com seu dever e responsabilidade, delegando

ora aos sindicatos ora ao empresariado, atribuições que lhe competem, como dever com os habitantes do país.

Durante os recentes 20 anos de autoritarismo, acentuou-se ainda mais o privilégio do capital, tendo como contrapartida o cerceamento da participação da sociedade nas decisões políticas. A estratégia da fragmentação dos movimentos sociais e do atrelamento do sindicalismo ao Estado ainda não foi completamente reformulada. Os avanços têm se verificado a partir da organização dos trabalhadores, o que tem colocado em xeque o discurso de privilegiamento do setor social, que não se tem acompanhado de ações efetivas que eliminem a desarticulação entre os diferentes órgãos do Estado e a exclusão dos trabalhadores das decisões políticas.

A legislação trabalhista brasileira é dúbia, mal elaborada, sujeita a diversas interpretações, subordinada principalmente aos interesses das elites, baseada em modelos importados e antigos, que não mais condizem com a situação real de desenvolvimento capitalista do Brasil hoje e com as necessidades dos trabalhadores. É uma legislação inoperante pelo descumprimento e inadequação às situações concretas, esbarrando ainda nas limitações impostas pelo Poder Judiciário. No que diz respeito às condições de saúde e trabalho, a legislação mercantiliza o risco através da sua monetarização (adicionais de periculosidade e insalubridade), não atendendo e nem priorizando a proteção do trabalhador no processo de mudança tecnológica. E, finalmente, restringe o número das doenças profissionais, sem reconhecer as agressões decorrentes da introdução de novos agentes no processo produtivo.

Um absurdo que se verifica é que, invariavelmente, no julgamento dos acidentes do trabalho, considera-se "a priori" o trabalhador como culpado pela ocorrência dos mesmos, desconsiderando aspectos tais como a informação e conhecimento sobre eventuais riscos, a instalação de equipamentos pelas empresas que certamente evitariam diversas ocorrências, ou ainda o cansaço, o ato repetitivo e monótono, as horas extras, etc. As práticas de julgamento e perícia, bem como as ações prevencionistas, estão geralmente voltadas para o inivíduo na sua ação específica, isolando-o do coletivo, desconsiderando as condições de trabalho e vida a que estão submetidos os trabalhadores.

A fiscalização é reconhecidamente inoperante, distanciada ao acompanhamento do trabalhador, esporádica, previamente marcada e centralizada. Destaca-se a falta de equipamentos e de recursos humanos, o que torna os serviços extremamente ineficientes. As multas às empresas, quando aplicadas, são ridículas e não levam à mudanças das condições de trabalho. De um modo geral o trabalhador não tem acesso às informações detidas pelas Delegacias Regionais de Trabalho (DRTs), bem como não lhes é permitido o acompanhamento das ações de fiscalização. O Brasil hoje é signatário da convenção da OIT que delega este direito aos sindicatos.

No campo da prevenção, as deficiências são evidentes pela falta de recursos, pelo não cumprimento das atribuições pelos órgãos competentes, pela ineficiência das CIPAs — Comissão Interna de Prevenção de Acidentes — cuja estrutura tolhe uma efetiva ação por parte dos trabalhadores. Seus presidentes são indicados pelos patrões e detêm o poder de delegar tarefas aos demais cipeiros. Mais uma vez aqui aparece o trabalhador como culpado e não vítima do acidente.

Em relação à prestação de serviços de saúde, verifica-se ainda uma tendência privatizante através de mecanismos como convênios com médicos consultantes, com empresas médicas ou de seguros saúde, a manutenção dos convênios-empresa e convênios para atendimento de acidentados no trabalho que não atendem aos interesses da classe trabalhadora. Os Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) das empresas geralmente se subordinam às ordens dos patrões e se organizam para promoverem o rápido retorno da força de trabalho e controle do absenteísmo ao invés de cooperarem para a melhoria das condições de trabalho. A rede pública permanece desaparelhada, burocratizada e com recursos insatisfatórios, ineficaz para o diagnóstico de doenças do trabalhador, seja pela não estruturação adequada dos seus serviços, seja pela deficiência dos profissionais que, por falha de formação, não registram os antecedentes profissionais na história clínica do paciente.

É fundamental a reestruturação e revisão de conceitos no que diz respeito à educação para a prevenção que, hoje, está distorcida e distante da realidade. O conceito de acidente de trabalho é restrito e individualizante, na legislação brasileira. Sua reformulação deve considerar a questão da saúde do trabalhador como uma questão de saúde coletiva — em que o processo de trabalho irá marcar a ferro e fogo as populações expostas —, sendo os acidentes e doenças do trabalhador eventos a serem estudados com o objetivo de se aperfeiçoar o processo produtivo e não para o pagamento de benefícios previdenciários que deveriam ser direito inequívoco do trabalhador.

A atuação dos trabalhadores em defesa de sua saúde se caracteriza por um envolvimento cada vez maior dos sindicatos na questão da saúde como objeto de luta. No seu sentido mais amplo, quando se vê a saúde como resultado das condições gerais de vida, a luta dos trabalhadores tem se verificado mais articulada, variando seu sucesso com o maior ou menor grau de mobilização de cada categoria. Conclui-se, então, que a organização é decisiva para a abertura de espaços e deve ser incentivada pelo movimento sindical a criação de Comissões de Saúde nas empresas, além da participação dos sindicatos na definição de uma Política de Saúde e Segurança do Trabalho.

Cabe ainda ressaltar que o avanço nas questões de saúde dos trabalhadores é uma opção política, dos técnicos e dos profissionais da área, e o processo da Reforma Sanitária, que coloca a democratização da saúde e do saber, será fortalecido à medida que a classe trabalhadora entre nessa luta pela própria saúde.

Esta matéria foi escrita com base no texto que antecede as propostas específicas do Tema 1 da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, referente à "Situação de Saúde do Trabalhador Brasileiro". Tendo sido aprovado na Plenária Final da Conferência — representando a palavra de 399 delegados, sendo 46 por cento representantes das mais diversas entidades de trabalhadores, 40 por cento representados do Estado, nove por cento das universidades, três por cento de outras categorias, e um por cento de políticos e das empresas, respectivamente — consideramos tratar-se uma das mais completas análises desta questão, guardadas as proporções verificadas na distribuição dos delegados por categoria.

Apesar da subnotificação, somos os CAMPEÕES MUNDIAIS em acidentes

As estatísticas oficiais registram uma média anual de um milhão de acidentes do trabalho no Brasil. Estes cálculos revelam que de cada 246 acidentes, um é fatal e que morrem 13 trabalhadores por dia. Pesquisas neste campo, no entanto, desenvolvidas pelas mais diversas entidades, elevam estes números para patamares no mínimo três vezes mais altos. Se computados como realmente deveriam, os acidentes seriam cerca de três milhões por ano, com 9.600 por dia, destes 39 levando à morte. Ou seja, no Brasil morrem, por ano, vítimas de acidentes do trabalho, 11.700 trabalhadores.

Esta catástrofe nacional se revela pela simples decantação de dados estatísticos. A população econômicamente ativa (PEA) no Brasil é de cerca de 65 milhões de pessoas, ou seja, metade da população total. Destes, 53 por cento são enquadrados como mão-de-obra informal, ou seja, trabalham sem carteira assinada, por conta própria, sem contribuir com a previdência, ou simplesmente não são remunerados. Em 98 por cento dos estabelecimentos, englobando 65 por cento da força de trabalho, não há qualquer programa de saúde ocupacional. E estes números oficiais dizem respeito predominantemente à indústria, com as limitações que descrevemos a seguir. Ou seja, de uma PEA de 65 milhões, só 30 milhões são segurados pela previdência e como as estatísticas oficiais de acidentes concentram-se em 80 por cento na indústria, apenas 13 milhões de trabalhadores são realmente considerados (já que a indústria ocupa apenas 21,7 por cento da PEA).

Na proposta à Constituinte, elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, no Artigo 1º, parágrafo único, está dito que o direito à saúde implica, entre outros, em condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer, ou ainda na recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso, ou que represente risco iminente à saúde, quando não forem adotadas medidas para a eliminação ou proteção aos riscos. Este último aspecto — que para muitos pode parecer exagero estar proposto para o texto constitucional e não para a legislação ordinária — tem sua justificativa nos registros de pesquisadores, técnicos e profissionais da área de saúde. Os acidentes de trabalho, doenças profissionais e doenças do trabalho são hoje um dos principais problemas de saúde do País.

CAMPEÃO MUNDIAL

Desde a década de 70 — quando conquistou o "campeonato mundial" de acidentes de trabalho (foram quase dois milhões em 75) — o Brasil está sempre nas primeiras posições, mesmo com os subnotificados registros oficias. Caso se computasse a realidade, seriamos os campeões eternamente, enquanto não se reverter o quadro atual das condições de trabalho.

As doenças profissionais, que têm registros médios de mil casos por ano, poderiam multiplicar em muito este índice, caso houvesse seriedade em relação às notificações. De 70 a 85 os registros oficiais contabilizaram 23 milhões de acidentes do trabalho, com 63 mil mortes. Triplicando estes números, chega-se à realidade. Entre 73 e 77, a permanência média nos Centros de Reabilitação Profissional era de 79 dias. Esta média aumentou para 94 dias e o retorno do trabalhador à sua atividade após este período caiu de 70 por cento para apenas 44 por cento.

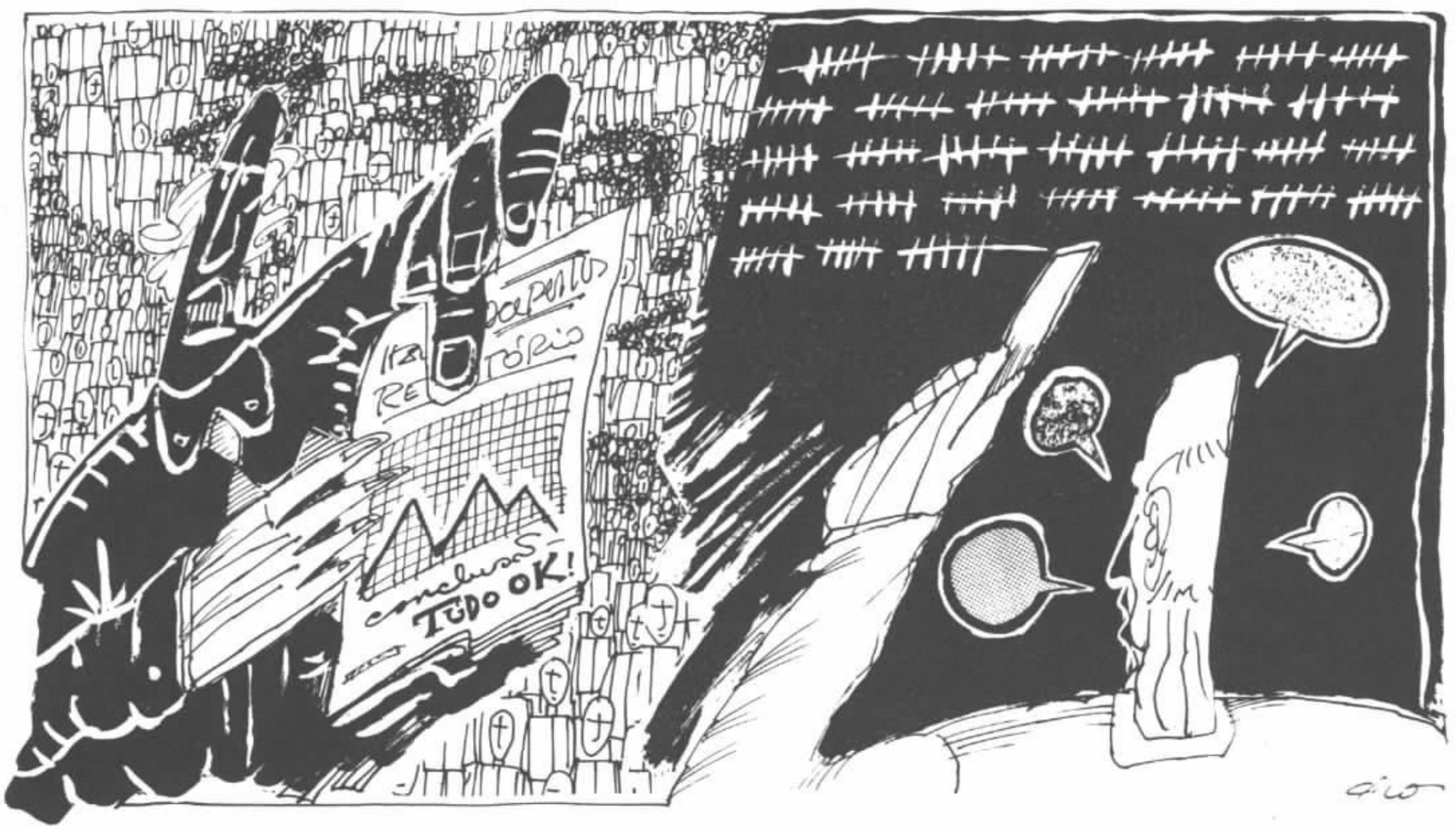
Análises dos últimos relatórios oficiais de acidentes do trabalho demonstram que a mortalidade e a incapacidade permanente têm aumentado nos últimos anos, enquanto os registros gerais de acidentes têm decrescido. A hipótese mais aceita para justificar este fato está na modificação da legislação que, a partir de 76 — exatamente um ano depois do récord mundial —, passou a considerar o absenteísmo por até 15 dias como provocado por acidentes leves, período dentro do qual a empresa se responsabiliza pelo pagamento do salário do trabalhador. Utilizando-se de seus próprios serviços médicos, as empresas zelam pela não notificação destes acidentes, emagrecendo as estatísticas oficiais.

E, quando se fala em números oficiais, é sempre bom frisar que o setor industrial responde por 80 por cento das notificações. Ou seja, os acidentes do trabalho no campo — palco de inúmeros problemas como as intoxicações por agrotóxicos, intoxicações com mercúrio nos garimpos ou picadas de animais peçonhentos durante o plantio ou a colheita — simplesmente não são contabilizados, ainda que o campo concentre 29,8 por cento da População Econômicamente Ativa e já haja registro de milhares de casos em estudos já desenvolvidos.

Outros motivos de sub-registro nas estatísticas oficiais são a dificuldade de caracterização do nexo-causal, a imprecisão de característica diagnóstica de certas doenças, a deficiência da formação médica em relação às doenças ocupacionais, a falta de sistematização na anamnese profissional e a falta de informação dos trabalhadores.

PORQUE TRÊS VEZES MAIS

Pesquisas realizadas em diversos centros industriais por profissionais ligados a sindicatos de trabalhadores ou entidades de investigação científica denunciam que cerca de 40 mil trabalhadores sofrem hoje de surdez profissional em graus variados; 50 por cento dos trabalhadores em galva-



noplastias têm lesões no septo nasal; os registros de dermatoses são de 500 a mil vezes maiores que as notificações por doença como um todo; só no sudeste há 30 mil vítimas de silicose e temos hoje 13 milhões de reumáticos. E nenhum destes números mereceu, até o momento, um lugar nas estatísticas oficiais.

Atualmente, 99 por cento dos recursos do seguro obrigatório contra acidentes do trabalho são gastos no custeio de acidentatos, enquanto apenas um por cento vai para atividades de promoção e proteção à saúde do trabalhador. A CLT é a mesma desde 1943 e a Justiça do Trabalho vem se renovando através de jurisprudência nos embates concretos tratados judicialmente entre o capital e o trabalho, com avanços de ambos os lados acarretando alguma modernização da legislação. Mais um detalhe é que, em média, cada categoria profissional tem apenas 20 por cento do total de trabalhadores filiados ao seu respectivo sindicato.

Em 1972, os registros de acidentes do trabalho atingiram a 18,47 por cento do total dos trabalhadores segurados pela previdência social, mais um record mundial. Enquanto isso, até hoje o registro de doenças profissionais pelo INPS revela apenas de um a dois casos em cada dez mil trabalhadores por ano, e nos países desenvolvidos, nos desenvolvidos, é bom repetir, estes índices atingem 40 a 60 casos para cada dez mil trabalhadores. E por que? Principalmente porque no Brasil patrões e Governo ainda desconsideram números e argumentos apresentados por técnicos e pesquisadores que demonstram a realidade das condições de saúde do trabalhador brasileiro.

DOENÇAS DE DIFÍCIL REGISTRO

Há diversos tipos de doença para as quais é difícil se provar, dentro dos atalhos legais, que se tratam de doenças do trabalho. Exemplo disso é a hipertensão arterial. Cerca de dez por cento da população adulta sofre deste problema em diversas gradações. Pesquisas já demonstraram que certas atividades geram índices mais altos, como no caso dos metalúrgicos (17,3 por cento), bancários (18,6 por cento), trabalhadores de transportes públicos (18,9 por cento) e jornalistas (21 por cento).

Outro exemplo são as doenças respiratórias crônicas. A poeira ocupacional atinge a quase totalidade dos trabalhadores. Nas minas de carvão, mineiros têm de 1,2 a 6,4 vezes mais casos de bronquite crônica e nas indústrias de cimento, 19 por cento dos trabalhadores apresentam bronquite crônica simples.

No caso de doenças do aparelho locomotor, os problemas de coluna ocupam o terceiro lugar entre as doenças que geram incapacitação temporária (atrás das neuroses e da hipertensão) e o segundo lugar entre as doenças que causam a incapacitação permanente (atrás da hipertensão e à frente das neuroses). Para 15 por cento dos casos, o afastamento do trabalhador dura quase um ano, obrigando a Previdência a pagar 25 milhões de dias de serviço somente nestes casos.

No campo dos distúrbios mentais e do **stress,** calcula-se que 18 por cento das populações urbanas necessitam de algum tipo de ajuda psiquátrica e que de cinco a 10 por cento da força de trabalho sofre de problemas sérios. Entre a principais causas estão as intoxicações profissionais — cuja ação sobre o sistema nervoso central já tem sido fartamente descrita a nível experimental — e os fatores predisponentes que o trabalho contribui para transformar em fator precipitador (algumas pessoas são mais vulneráveis a distúrbios emocionais que outras).

Estudos, tanto no Brasil quanto em outros países, revelam que as principais causas do **stress** são a sobrecarga de trabalho, a rotina ou atividade monótona, os conflitos de responsabilidade no ambiente de trabalho, a falta de controle da própria situação dentro da atividade produtiva, a falta de apoio social e fatores externos como ruído excessivo, temperatuas extremas, luzes e odores. Tudo isso gera reações emocionais (ansiedade, depressão), comportamentais (alcoolismo, tabagismo) ou fisiológicas (taquicardia, sudorese e hipertensão).

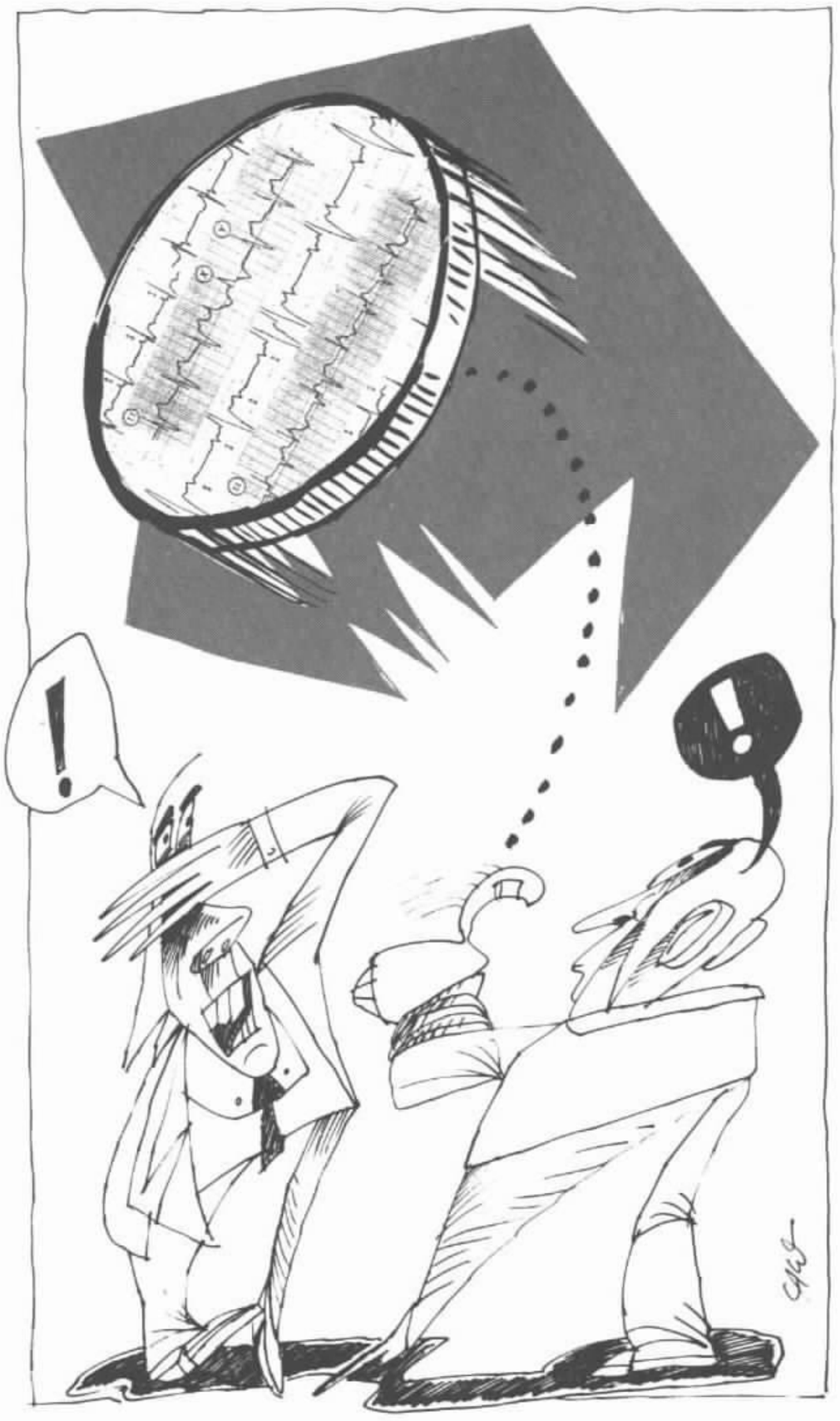
As doenças cardiovasculares também têm seu espaço. Além dos problemas com o monóxido de carbono (mais grave ainda no caso dos fumantes), há casos espantosos, como os trabalhadores expostos muito tempo a nitratos orgânicos, nas indústrias de explosivos. Há registros de casos agudos de angina pectoris, causada pela abstinência da exposição aos nitratos, também conhecida como "a morte das segundas-feiras de manhã", provocada por um vasoespasmo coronariano após o período de 36 a 72 horas de interrupção brusca de exposição aos nitroglicóides. O sulfeto de carbono também é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um forte causador de isquemia coronariana. Atualmente pesquisa-se até que ponto alguns processos industriais e algumas substâncias químicas podem provocar o câncer.

OS ACIDENTES MAIS COMUNS

Em se falando de atividades produtivas, as mais letais são a de condutor de transporte (19,4 por cento do total) e de servente de obras, segundo uma pesquisa localizada na região de Campinas. A construção civil responde por 29,9 por cento dos índices de mortalidade e os acidentes com veículos são a maior causa externa de mortes (50,1 por cento). Há outros estudos dando conta de que 50 por cento dos atropelamentos poderiam perfeitamente ser classificados como acidentes do trabalho, valendo lembrar que o Brasil detém o título (também) de campeão mundial de acidentes no trânsito, com os atropelamentos representando 70 por cento destes acidentes.

ACIDENTE DE TRABALHO X DOENÇA PROFISSIONAL

AS 2 FACES DA MESMA MOEDA



NÃO raro, aqueles que atuam ou tratam dos problemas ligados à saúde ocupacional se deparam com textos ou mesmo pessoas que ainda confundem **acidente de trabalho** com **doença profissional.** Na verdade tratam-se de duas formas distintas de "agravos à saúde relacionados ao trabalho" mas, da forma como são tratados pela legislação previdenciária, os "acidentes de trabalho" incluem o acidente típico, de trajeto e as doenças profissionais ou do trabalho. Na legislação, todos são tratadas da mesma forma para fins de benefícios.

Segundo o professor René Mendes, em sua tese de livre-docência, nos "aspectos introdutórios" do Capítulo 2, "não há como escapar da caracterização, em primeiro lugar, de um grupo de agravos que traduzem uma ruptura abrupta do equilíbrio entre o trabalhador e os riscos ocupacionais representados pelas condições e/ou ambientes de trabalho: os **acidentes do trabalho** e as **intoxicações agudas** de origem profissional".

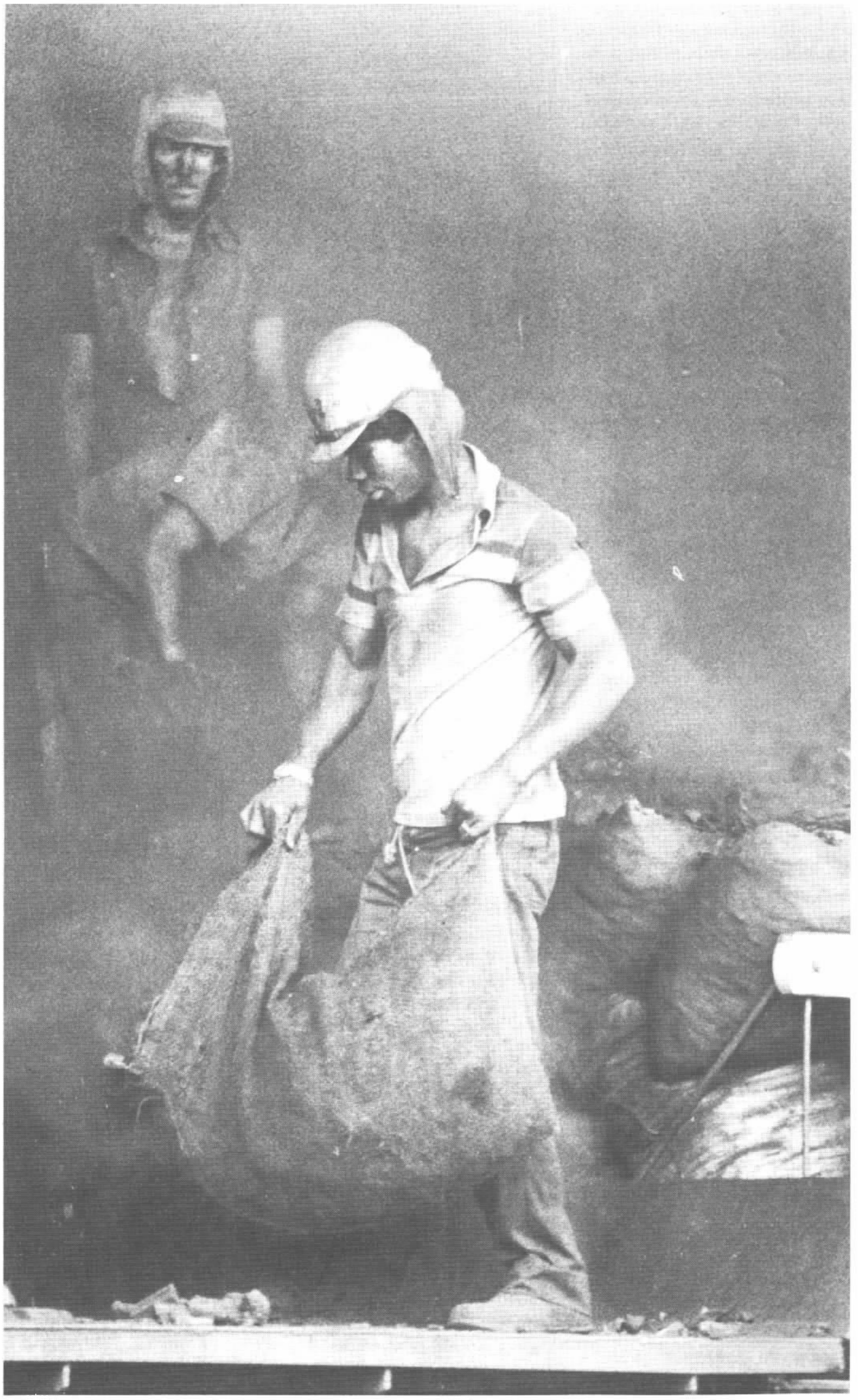
A Lei número 6.367, de outubro de 1976, estabelece que "acidente de trablaho é aquele que ocorrer pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, ou a perda, ou redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho". Também são equiparados a acidentes do trabalho, de acordo com a lei, "o acidente que, ligado ao trabalho, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte, ou a perda, ou redução da capacidade para o trabalho", a "doença proveniente de contaminação acidental de pessoal de área médica, no exercício de sua atividade" e o "acidente de trajeto".

Segundo René, "um segundo grupo de agravos à saúde, relacionados com o trabalho, consiste daqueles que se manifestam de modo insidioso. A legislação em vigor prevê dois tipos de agravos: a **doença profissional** típica, definida como aquela 'inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade constante de relação organizada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social', também denominada **tecnopatia,** e a **doença do trabalho** ou **mesopatia do trabalho,** resultante das condições especiais em que o trabalho é executado e que com ele se relacionam diretamente, sendo possível estabelecer o nexo-causal, excluídas a doença degenerativa, a inerente a grupo etário e a que não acarreta incapacidade para o trabalho".

É forçoso lembrar, no entanto, que a cada dia observam-se novas doenças profissionais não reconhecidas por lei. A primeira lista elaborada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), relacionava apenas três, em 1925, enquanto na revisão da lista, em 64, ela cresceu para 29 grupos de doenças. Os números crescem ainda mais de país para país.

Entre os profissionais e teóricos de saúde coletiva, discute-se uma nova definição de acidente do trabalho. Em primeiro lugar diferenciam muito bem o acidente da doença profissional ou do trabalho e apontam para uma visão não individualizada do problema. Segundo estes teóricos, da forma como são colocados hoje os textos legislativos, os acidentes não têm relação com o processo de trabalho e um dos marcos teóricos da saúde coletiva é que o acidente é sempre fruto de um ato inseguro ou de uma condição insegura, ambos inerentes ao processo de trabalho, sendo este determinado socialmente pela correlação de forças entre o capital e o trabalho.

Afirmar ainda que as doenças profissionais ou do trabalho devem ser objeto de pesquisas epidemiológicas criteriosas, já que para muitas delas, sem esta pesquisa, é praticamente impossível se estabelecer o nexo-causal. A respeito da legislação, lembram que os acidentes somente são citados nas leis da Previdência, ou seja, somente no que diz respeito ao benefício e sem qualquer preocupação com a prevenção.



Silicose, surdez, asbestose, dermatose, benzolismo, doenças pulmonares, hipertensão e algumas dezenas de outros nomes passaram, de alguns anos para cá, a fazer parte do vocabulário cotidiano de milhões de trabalhadores da indústria brasileira. As estatísticas oficiais, além de estarem drenadas pela subnotificação, não conseguem refletir totalmente a situação do trabalhador da indústria que se vê, a cada dia, diante de um novo problema, causado pelas péssimas condições de trabalho a que está exposto, seja nas fábricas mais modernas, seja naquelas que ainda se utilizam de métodos quase medievais de produção.

As causas das doenças profissionais são as mais diversas. No ramo mecânico, por exemplo, as indústrias de plástico e madeira apresentam, em 60 por cento das linhas de produção, níveis de ruido de 91 a 100 decibéis, enquanto o limite legal é de 85 decibéis. Nas indústrias têxteis, 85 por cento dos trabalhadores estão expostos a ruidos acima de 85 decibéis e indústrias de abrasivos, automobilísticas e de transformação vegetal pesquisadas no Brasil têm níveis de ruido acima dos 80 decibéis em 98 por cento das linhas. Conseqüência disso é a surdez profissional.

Os extremos de temperatura também são danosos à saúde. Na mina de ouro de Morro Velho, por exemplo, no município de Nova Lima (Minas Gerais) foi constatado que o índice de acidentes cai de 1,2 para 0,3 por cento quando a temperatura cai dos 31 para os 28 graus no interior da mina.

Na construção civil, setor que já tem o maior número de casos registrados nas estatísticas oficiais de acidentes de trabalho, as dores lomba-

INDÚSTRIA
métodos medievais de produção

res e reumáticas são as doenças mais encontradas — hoje ocupam o segundo lugar entre as causas de afastamento — embora ainda sejam consideradas doenças comuns, não sendo feito o nexo causal entre o esforço físico e a doença da coluna.

É comum o empresário, visando simplesmente seu lucro, economizar nos gastos com os meios de produção, provocando a degradação das condições de trabalho. Nas indústrias de desfibrilamento de sisal, no nordeste e norte do País, as máquinas são responsáveis pela mutilação de mais de 1.200 trabalhadores nos últimos anos, dez por cento do contingente total que trabalha nesta atividade. Tudo porque o empresariado não gasta para comprar um protetor para as mãos que, instalado nas máquinas, praticamente eliminaria as mutilações. O problema é que este protetor geralmente é vendido como acessório opcional!

Na área das indústrias químicas, que podem ser divididas em não automatizadas, semi-automatizadas e automatizadas, varia o grau de exposição do trabalhador aos produtos e resíduos químicos. O contato direto ou a exposição aos olhos e a respiração, provocam doenças que formam listas cada vez mais extensas, de acordo com a introdução quase que diária de novos componentes e produtos na indústria.

Mas a utilização de certos métodos não pode ser classificada apenas como desinteresse dos empresários. Às vezes a instalação de uma indústria responde a interesses muito mais amplos. Exemplo disso é a Valesul, no Rio de Janeiro, responsável pela produção de alumínio. Como o processo de transformação da bauxita em alumínio é altamente poluente e pouco lucrativo, o Brasil importa o produto do Suriname. Aqui transforma o alumínio em lingotes, chapas e tarugos, finalmente exportando para os Estados Unidos. Nós somos "brindados" com esta fase da produção, porque os operários americanos se recusam a trabalhar em atividades insalubres e perigosas. Esta estratégia do capital internacional vem sendo conhecida como a "exportação do risco". Pressionados pelo movimento sindical nos seus países de origem, as empresas transnacionais distribuem sua atividade por outras nações do mundo onde os "riscos" de pressões por parte dos trabalhadores sejam menores. Daí a criação de "produtos mundiais", onde cada fábrica, em cada país, cuida de uma certa quantidade de partes do produto final.

Em Cubatão, há alguns anos houve casos de morte de operários da Rhodia provocados pelo pentaclorofenol, o "pó-da-China", que provoca lesões no fígado, pulmão, rins e pode levar ao câncer. Depois das mortes, 30 operários foram afastados. Para apoiar o movimento dos trabalhadores, que queriam o afastamento de outros companheiros e a manutenção dos seus salários, estiveram no Brasil dois dirigentes da maior central sindical francesa, Roger Brusch e Denis Jackeout. Roger disse, na ocasião, que "a Rhodia de Cubatão só produz o que a tecnologia de outros países considera um risco para o trabalhador e para a população", acrescentando que na França "o movimento sindical jamais permitiria que algo assim acontecesse, pois têm o poder de fechar fábricas" através da força e da união dos trabalhadores em defesa dos seus direitos.

Para piorar o quadro, o Brasil convive com doenças típicas do processo industrial avançado ao lado de males típicos de um país agrário e pobre. É o caso da doença de Chagas, que começa a espantar pelo número de casos em trabalhadores dos grandes centros urbanos. Geralmente migrantes do interior do País, eles já chegam à cidade portando o mal de Chagas e, quando chegam ao mercado de trabalho, a atividade que exercem pode lhes ser fatal. Geralmente indicados para trabalhos pesados, que não exigem qualificação, seus corações não resistem, por já serem chagásicos e o esforço pode matá-los. Estas mortes, geralmente, ficam fora das estatísticas de acidentes de trabalho.

Em se falando de estatísticas, só os casos de benzolismo verificados na Cosipa, em Cubatão, no ano de 85, aumentariam em 17,8 por cento as já assustadoras estatísticas oficiais. Nas galvanoplastias de Osasco, 29 por cento dos trabalhadores apresentam feridas no natriz e rutura no septo nasal causada pelo ácido crômico, mas estes casos também não estão contabilizados. Além dos bloqueios legais e burocráticos que geram a subnotificação, a fiscalização precária também colabora com isso. Somente em São Paulo existem 80 mil indústrias classificadas como de risco III e IV, enquanto a Secretaria Estadual de Trabalho conta com somente 250 fiscais, sendo 130 deles concentrados na grande São Paulo.

Essa fiscalização precária não consegue impedir, por exemplo, que na indústria vidreira, os casos de silicose atinjam aprendizes a partir dos 16 anos, com estes jovens chegando aos 20 anos incapacitados para o trabalho. Um quadro que se agrava a cada dia, enquanto não se estabelece uma política nacional de saúde voltada realmente para a melhoria das condições de trabalho e saúde do trabalhador e do povo brasileiro.

CUBATÃO

uma história exemplar

Este é o texto do boletim número 257, de 27 de março deste ano, do Sindicato dos Metalúrgicos de Santos, o "Rádio Peão". Denuncia o falecimento de um metalúrgico, fruto de um problema que há cinco anos vem afetando quem trabalha naquela siderurgica e gerando um dos maiores movimentos em defesa da saúde dos trabalhadores já desenvolvidos por um sindicato.

"Estamos de luto. O companheiro Manuel Joaquim Francisco Júnior, laminador desbastador não esperou a leucopenia corroer sua saúde até o fim. Na madrugada de segunda para terça-feira (23 para 24 de março deste ano) ele se enforcou, aos 32 anos de idade, deixando mulher e três filhos. Ele estava afastado da produção para controle interno, mas a direção da Cosipa foi buscá-lo em casa, oito dias antes da sua morte. Além das pressões disfarçadas, prometeram ao rapaz que ele seria promovido. Contrariado, ele voltou para a área sem poder fazer nada. Não foi promovido e não conseguia dormir, pensando no 'canto dos Mengeles', que só querem a produção, mesmo que isto custe nossas vidas. Na sexta-feira, passou a manhã simplesmente olhando para o poço de carepa. A chefia procurou um psiquiatra a manhã inteira mas não achou. Uma assistente social foi tirada de uma reunião, conversou com o companheiro e ficou de passar em sua casa no fim de semana. Mas não passou. E ele se foi".

Em 1978, o Sindicato dos Metalúrgicos de Santos entrou em contato com profissionais da área de saúde buscando alguém que pudesse atuar dentro do sindicato, num momento em que crescia o Movimento de Renovação Médica, o Reme, surgia o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e um órgão técnico de apoio aos sindicatos, o Diesat, primo-irmão do Dieese.

A doutora Lia Giraldo — hoje Diretora do Escritório Regional de Saúde de Santos, indicada pelo movimento sindical — foi então trabalhar com os metalúrgicos e, num primeiro momento, eles buscaram fazer denúncias das péssimas condições de trabalho a que estavam expostos os trabalhadores. Ainda sob regime autoritário no País, nada repercutia ou era encaminhado pelos órgãos de governo. Em 82 resolveram mudar a estratégia, discutindo quais seriam os riscos mais evidentes em assembléias e os trabalhadores levantaram a questão dos gases tóxicos na coqueria da Cosipa. Feitos os primeiros hemogramas no laboratório do sidicato, o quadro se revelou bem pior do que se imaginava: dezenas de metalúrgicos apresentavam índices de glóbulos brancos baixíssimos, demonstrando que o fato de trabalharem sob exposição ao benzeno havia lhes afetado a medula e eram vítimas da leucopenia.

Começaram a divulgar suas descobertas, seus dados, denunciar na imprensa, no parlamento, pressionando os órgãos públicos e, pela primeira vez, doenças ocupacionais passaram a ter notificação compulsória. Caiu por terra a campanha do "acidente zero" da Cosipa, quando foram afastados os primeiros trabalhadores. Uriel Villas Boas, primeiro secretário do Sindicato, lembra que hoje a leucopenia é considerada uma doença de trabalho a nível nacional, a partir da luta iniciada em Cubatão. E demonstra preocupação não só com seus companheiros, mas com os empregados das empreiteiras que fornecem mão-de-obra para a Cosipa:

— Pela legislação eles pertencem ao Sindicato da Construção Civil. E aqueles que foram afastados estão em pior situação, pois só recebem a parte que o INPS paga, já que não tinham vínculo empregatício com a siderurgica.

Expostos ao benzeno, os metalurgicos começaram a lutar contra a forma de ação dos profissinais de saúde da empresa que, ao invés de tentar em colaborar na melhoria das condições de trabalho, se empenhavam em manter a força de trabalho nas linhas de produção. O questiona-

mento desmascarou os serviços de saúde da empresa. E, além da leucopenia, há várias outras doenças vitimando os metalurgicos, segundo enumera Uriel:

— Há uma incidência muito grande de hipertensão arterial, doenças mentais e do aparelho digestivo. Esta incidência triplica no pessoal que trabalha por turnos de revezamento. O ritmo de produção é terrível e o indivíduo que trabalha em certas áreas não tem certeza se sairá vivo da jornada. Como no lingoteamento, onde são obrigados a cutucar uma panela com 90 toneladas de aço a 1.600º centrígrados, com risco de explosões.

Lia Giraldo lembra que todas as clínicas de repouso e tratamento psiquiátrico de Santos vivem às custas da Cosipa:

— A forma de produção, o ritmo, os desafios, a hipertrofia das chefias, o ruido, o calor, os gases, a poeira, provocam um desgaste violento. É grande o número de casos de neurose, psicose e até suicídios. Sem falar em surdez, dermatoses e lombalgia. Imagine o trabalho de um escarfador que, além de vestir um Equipamento de Proteção Individual (EPI) que mais parece um escafandro, permanece durante toda a jornada de oito horas operando um maçarico de 13 quilos apoiado na coxa.

Os turnos — das 7h30m às 15h30m, 15h30m às 23h30m e 23h30m às 7h30m, mudando a cada seis dias, com folgas de 52, 52 e 80 horas — não respeitam dia ou noite, com a produção seguindo initerruptamente. Nos moldes do processo iniciado há alguns anos, onde récords eram perseguidos sem se levar em conta as condições de trabalho. A leucopenia atingiu a tantos trabalhadores depois que, em 76, a empresa resolveu aumentar a produção na coqueria, instalando mais duas baterias — que respondem por 75 por cento da produção — sem filtros (de menor custo para instalação). Depois das denúncias e dos primeiros afastamentos, a Cosipa instalou um dreno seco, de onde são retirados diariamente três caminhões tanque com benzeno, tolueno e xileno que, antes, estavam no ambiente.

Hoje são mil trabalhadores afastados e mais 500 no "controle", ou seja, com suspeita da doença. A primeira vitória que tiveram como movimento, foi a conquista da equiparação salarial com os que ainda estão na ativa, através do complemento pago pela seguradora da siderúrgica. Hoje, lutam pelas promoções (leia entrevista com membros da comissão de leucopênicos nas próximas páginas).

— Quando saímos da casca e encontramos pessoal técnico comprometido com nossas lutas, conseguimos fazer frente às empresas — conta Uriel —. Antes não tinhamos como justificar na Justiça uma doença, com médicos e engenheiros do outro lado te contestando. Outro ponto fundamental foi a democracia. De 78 para cá temos mais controle das negociações com os patrões, mais espaço para agir. E, o óbvio, cresceu muito o número de doenças e houve a necessidade de se enfrentar o problema, embora ele não dê votos. Reconhecemos nossas debilidades, mas estamos batalhando.

Exemplo disso foi um enterro simbólico que fizeram do médico Luiz Carlos Moroni. Depois de fazer diversos trabalhos junto ao sindicato, assinando laudos que provavam caso de leucopenia, ele foi trabalhar na Cosipa e "mudou de lado". Sua atuação foi criticada pelos metalurgicos que após o enterro simbólico, comemoraram sua demissão pela empresa. A direção do sindicato dos metalurgicos recorda que, em 64, o Sindicato fazia parte do Forum Sindical de Debates e, como outros, levou uma "grande pancada", com o afastamento, prisão e desaparecimento de alguns dirigentes.

— Houve uma readaptação e hoje contamos nos dedos os combativos — analisa Uriel. — Isso causou um retrocesso, com muito divisionismo e muita preocupação em aparecer. Nesta região, a CUT não tem sindicatos e tenta fazer um trabalho e a CGT tem vários sindicatos e não faz trabalho nenhum. É paradoxal, mas a CGT, com a máquina na mão, é um tanto ao quanto limitada. Temos que abandonar o presidencialismo, o centralismo, que só gera comodismo e falta de responsabilidade.

Com respeito à Reforma Sanitária, Uriel tem uma opinião muito crítica, mas realista, dentro do que está acostumado a ver:

— A Reforma talvez não seja para os próximos dez anos. De repente é para 20 anos, se vier. Para sair realmente logo, o movimento sindical precisa entender realmente o que é a Reforma. Na 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador poucas entidades apresentaram trabalhos concretos e, além disso, tinham programas e linhas diferentes, como a legalista, a curativa, a preventiva. As duas principais centrais sindicais do País não têm um trabalho sério na área de saúde e, além disso, é preciso que haja mais evolvimento e engajamento do pessoal de nível técnico e superior com as nossas causas. Aí realmente caminharemos.

ENTREVISTA

"O que a gente diz NUNCA é publicado"

Newton Adriano dos Santos
Metalúrgico afastado da Cosipa com leucopenia, 35 anos.

TEMA ouviu dois metalúrgicos da Cosipa afastados da produção porque estão com leucopenia, doença causada pelo benzeno, que afeta a medula e causa a diminuição de glóbulos brancos no sangue. Eles fazem parte de uma "Comissão de Leucopênicos" do Sindicato dos Metalúrgicos de Santos, que organiza mais de 800 trabalhadores vítimas da doença. Eles afirmam que "até reconhecerem a doença como acidente de trabalho, demorou. O que foi conseguido devido à luta que durou dois anos". E completam dizendo que "a Cosipa parou no tempo mas nós queremos avançar mais. Não queremos ganhar salário sem trabalhar. Nossa vontade mesmo era de não estar com o problema... mas o que tem de vazamento lá... pouca coisa mudou desde 1981".

• **Reginaldo Rodrigues da Hora** (31 anos, entrou para a Cosipa em 75, na coqueria, e foi diagnosticada a leucopenia no final de 81) — Dentro da coqueria, o critério da Cosipa, no início, eles não sabiam ou não diziam que era leucopenia. Simplesmente chamavam o elemento no Centro médico da Cosipa e diziam que a gente tinha "um pequeno problema de sangue", que iriam nos afastar da área, que "daqui a um tempo normaliza e você volta". Foi o que aconteceu comigo. Foi constatado no final de 81, fui afastado da coqueria em dezembro de 82 para outras áreas da Cosipa, tão ou mais poluídas que a coqueira — alto forno, fundição, laminação.

RADIS — Você sentia alguma coisa? Como descobriu?

REGINALDO — Foi... eu ia sair de férias e geralmente, na coqueria, a gente fazia um exame médico pouco antes de sair. Saí e, quando voltei, me disseram que estava com um pequeno problema. Aí fui ver o que era o pequeno problema. Na época já começavam a surgir os primeiros casos de leucopenia. Fui ver, eu também estava com este problema. Agora, afastado mesmo, só depois de rodar praticamente todas as áreas da Cosipa, até julho de 1984.

RADIS — E como funciona isso? Você mantém o vínculo empregatício?

REGINALDO — A única coisa, no início, foi a perda salarial. Mas lutamos e hoje o salário dos afastados é o mesmo de quem ainda trabalha. O problema agora é a questão das promoções. O pessoal da firma tem e nós, aqui fora, não. Estamos nos organizando, fazendo assembléias com 700 companheiros, para conseguir as promoções, evitando a perda salarial. Também porque, a gente ganhar um salário, mas sem trabalhar, ficando em casa o dia inteiro, gasta mais. Tem ainda o gasto com remédio.

RADIS — Vocês não têm promoção porque não estão na ativa, por culpa da empresa...

REGINALDO — Nossa vontade mesmo era de não estar com o problema. Era trabalhar normal. Como a Cosipa produziu o problema, estamos aqui fora devido a ela.

RADIS — E não tem setor algum onde vocês possam trabalhar sem colocar em risco a saúde?

REGINALDO — Não. Há alguns meses atrás eles disseram que havia quatro setores que poderiam receber o pessoal afastado de volta. Aí questionamos. Disseram que iam fazer uma medição e nos chamaram, junto com alguns órgãos estaduais. Não que ela falou para a gente ir lá, mas questionamos que queríamos ir. Foi o que aconteceu. Esses setores eram o prédio da administração, que é fora da área de produção, o prédio da administração dentro da área de produção e dois setores de produção mesmo. Começamos a fazer a análise no prédio que é fora da Cosipa e lá foi detectado benzeno. Prédio limpinho, bonitinho, ar condicionado, ali fora, mas durante várias vezes o aparelho registrou índice de benzeno dentro do prédio. Diante disso, se fora da usina foi constatado benzeno, dentro nem se fala.

RADIS — Mas existe alguma solução? O benzeno pode ser eliminado?

REGINALDO — Olha, não sei se ela pode fazer com que o benzeno não apareça mais, mas poderia fazer o mínimo possível, em reformas na usina. O que tem de vazamento hoje lá... mudou pouca coisa de 81 para cá. Tem que reconhecer que mudou alguma coisa, mas um mínimo. Tanto que até hoje continuam sendo afastados companheiros de lá. Se tivesse mudado alguma coisa, não continuariam afastando.

RADIS — Quando é que surgiu esta comissão de leucopênicos dentro do sindicato?

• **Newton Adriano dos Santos** (35 anos, um dos primeiros afastados e membro da comissão) — Quando começaram a afastar o pessoal, a gente não tinha noção do que era. Nós, peão mesmo, não sabíamos o que era leucopenia. Quando afastaram os primeiros, chamados no Departamento Médico da Cosipa, nos colocavam para bater papo com os médicos e davam uma lavagem cerebral na gente. Tinha médico, assistente social, a gente sentava e eles diziam, "olha, você vai ser afastado com seu salário integral, sem perda de nada". Bem, se é assim, vamos afastar, né? Aí, no primeiro mês de pagamento, sai de baixo, né. Na época fui um dos mais prejudicados. Recebi 75 líquidos, que era quase o meu aluguel. E a comida da molecada? Aí fomos ao sindicato e começamos a esquematizar a comissão. Aí começou a surgir mais elementos. Através do sindicato, começamos a saber realmente o que era a doença, com consultas com hematologistas e aí eles começaram a nos abrir a mente a respeito do que era leucopenia.

RADIS — O que é a leucopenia?

NEWTON — É o seguinte: ela diminui os glóbulos brancos. O benzeno afeta a medula e a produção dos glóbulos. Então você fica sem defesa. Eu mesmo vivo cheio de coisa. Raro mesmo é ver publicado o que eu digo nas entrevistas. O que a gente fala, mesmo sendo para dar pau na empresa, é o que a gente sente, então tem que falar. Estava na coqueria desde 80, tenho exames desde

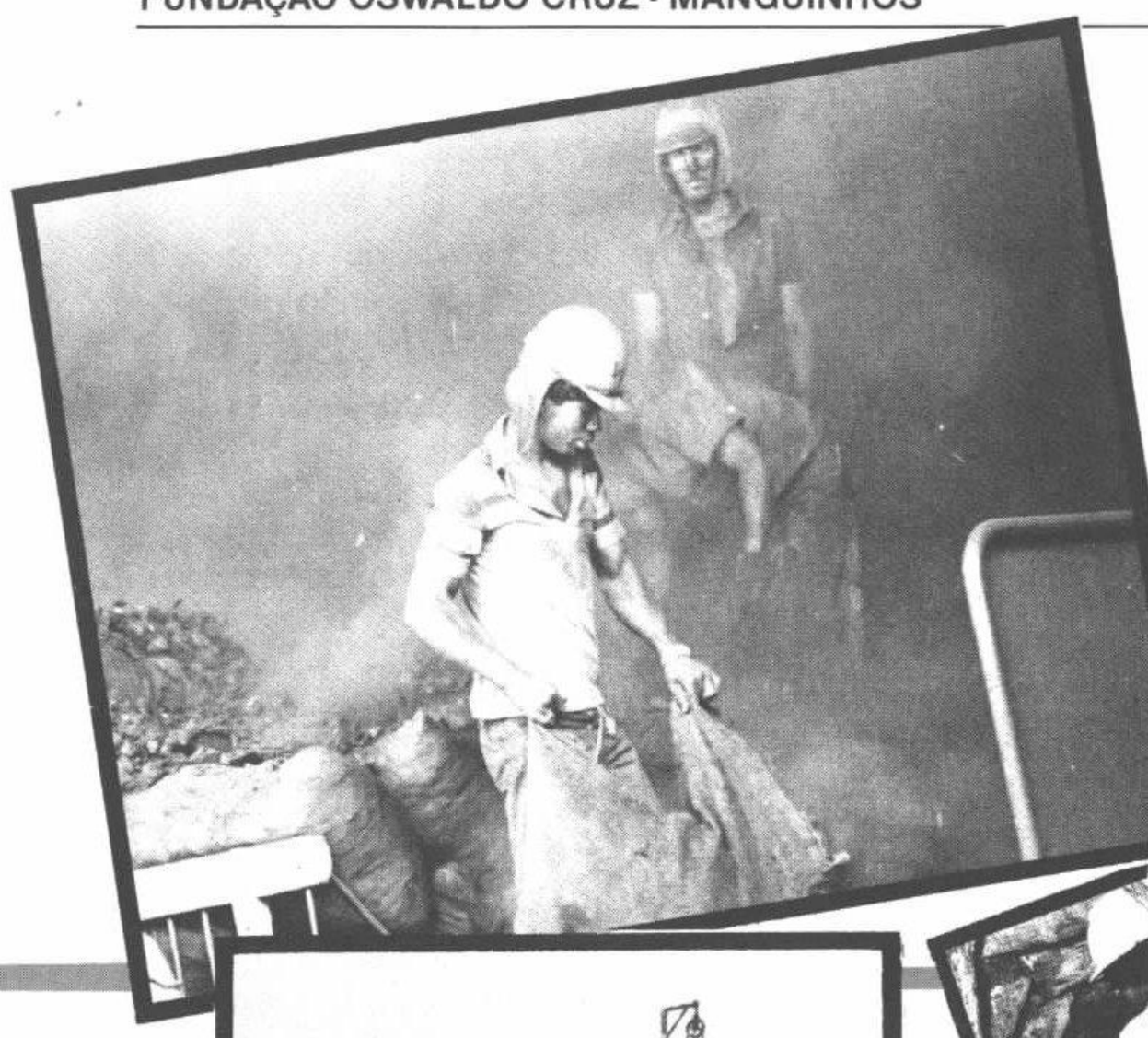
FIOCRUZ

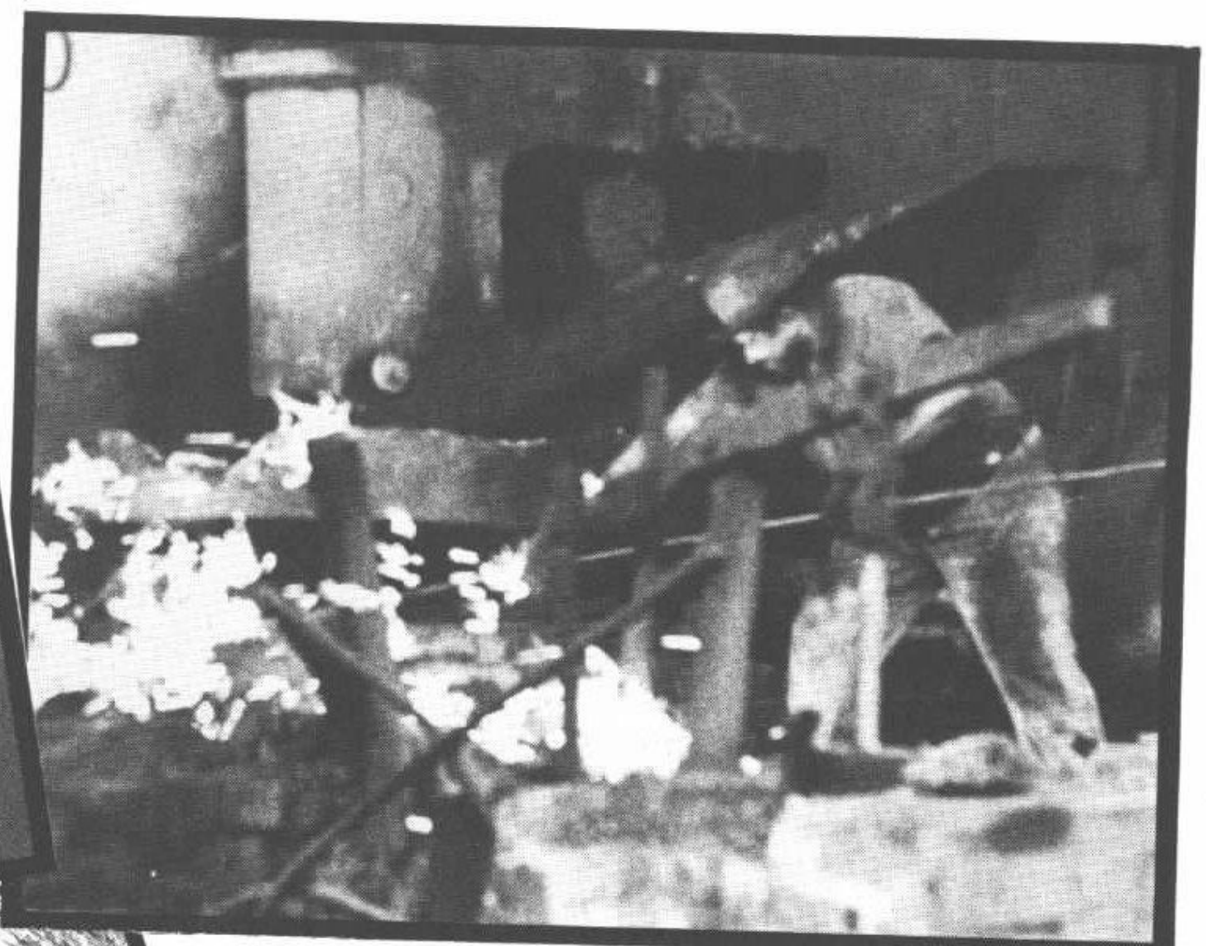
Cruz 9

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - MANGUINHOS

ANO V - NOVEMBRO DE 1987





SAÚDE DO TRABALHADOR

UM QUADRO DRAMÁTICO

CONSTITUINTE: A luz no fim do túnel? Pág. 22

Leucopênicos de Cubatão: Uma história exemplar
Pág. 10

Fala Trabalhador "O que a gente diz nunca é publicado"
Pág. 12

Agrotóxicos: Intoxicações no Vale do Ribeira
Pág. 16

Tecnologia: As doenças da evolução.
Pág. 19

E MAIS: uma relação de entidades ligadas à saúde do trabalhador Pág. 24

Os pesticidas ou praguicidas, mais conhecidos como agrotóxicos, são substâncias químicas naturais ou sintéticas, destinadas a matar, controlar ou combater as pragas que atacam ou lesam as plantas, animais e o homem. São utilizados no Brasil mais de 300 compostos químicos, incluídos em cerca de quatro mil formulações ou produtos comerciais.

A expansão da produção e de novas formulações de pesticidas se deu a partir da II Guerra Mundial. No Brasil, o consumo dos agrotóxicos teve um aumento significativo a partir da década de 60, acompanhado o processo de transformação da estrutura das propriedades rurais. A diminuição considerável das pequenas propriedades, das relações de "meias" ou "parcerias", a "necessidade" de se aumentar a produtividade da terra com restrição da mão-de-obra empregada fez com que a tecnificação da agricultura fosse rapidamente assimilada. O consumo, no País, saltou de 16.193 toneladas em 1964 para 81.447, em 1978 e hoje está na taxa das 100 mil toneladas anuais. Os estados que mais utilizam são Paraná, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Só a Cooperativa dos Triticultores de Ijuí (Cotrijuí), Rio Grande do Sul, vende 15 mil litros aos associados por ano (há dez anos vendia 600 litros).

A expansão do consumo de agrotóxicos não foi acompanhada de uma política de controle do uso e das condições de saúde dos envolvidos na aplicação, da montagem de infra-estrutura de atendimento médico e controle de into-

AGRICULTURA
o descontrole no uso dos agrotóxicos

xicações, bem como uma adequada orientação e cuidados com o meio ambiente. Os trabalhadores em geral desconhecem os efeitos destas substâncias sobre a saúde e os cuidados a serem tomados em relação ao armazenamento, transporte, aplicação e dejetos. É previsível que, sem uma política de controle, tenha ocorrido um aumento de casos de intoxicação aguda e crônica junto ao aumento de consumo, mas a baixa oferta de serviços de assistência médica oferecida a essas populações, aliada à pouca informação de que dispõem os profissionais de saúde sobre a matéria, dificulta o diagnóstico, dando a falsa impressão de se tratar de um problema de pouca expressividade em termos de saúde pública.

A ausência de registros de acidentes com agrotóxicos é também estimulada pela ausência dos dados de incidência de acidentes e doenças do trabalho rural nos registros oficiais brasileiros. Os números publicados nas estatísticas referem-se quase exclusivamente ao trabalho urbano. Se analisarmos as relações de trabalho no campo, as condições de vida dos trabalhadores, o processo de produção no meio agrícola e a legislação trabalhista rural, chegaremos à conclusão que, se notificados, os acidentes do trabalho e as doenças profissionais no campo engordariam, em muito, as estatísticas oficiais.

A concentração de terras alterou as relações de trabalho, diminuindo o número de proprietários e parceiros, em paralelo ao aumento do número de assalariados temporários ou bóias-frias, acarretando o empobrecimento destes trabalhadores. Em alguns locais, principalmente no Norte do País, verificam-se ainda hoje relações de verdadeira escravidão. Trabalhadores são "convidados" a deixar seus estados para trabalharem no campo. Combinanm salários com os "feitores" e, isolados do mundo, são obrigados a adquirir alimentos, bebida e roupas em "vendas" dos donos das terras. No final do mês, o que teriam a receber é sempre infinitamente menor do que devem nas "vendas", obrigando-os assim à servidão eterna, em nome de uma dívida que jamais será dada como paga.

Mas não é somente no interior do País que o quadro é grave. No município de Campos, no Estado do Rio de Janeiro, um estudo realizado há dois anos (Câmara – 1985), revela que, entre 200 trabalhadores dos canaviais, 46,5 por cento possuiam renda individual inferior a um salário mínimo, 20 por cento possuiam renda familiar inferior a um salário mínimo, 60 por cento eram analfabetos e, dos 40 por cento restantes, a maioria só sabia assinar o nome; 86 por cento consumiam água de poço e 54 por cento não possuiam vaso sanitário na residência. A questão do analfabetismo é realçada quando lambramos que eles lidam com agrotóxicos que trazem informações nas embalagens, desprezando este detalhe. Um determinado produto trazia uma caveira desenhada na caixa, mas ocupando apenas um por cento da lateral. Ou seja, um sinal inútil.

Outro dado relevante em relação ao campo é o transporte. Basta lembrar quantos são os acidentes com caminhões de bóias-frias noticiados pela imprensa. Geralmente envolvem veículos em péssimas condições, e um número muito grande de trabalhadores. Isso, sem contar com a relação do tempo de transporte com o aparecimento da fadiga. A dificuldade de acesso aos Serviços de Saúde faz com que se agrave o perfil de mortalidade no campo.

Lembre-se ainda, que não são restritos aos agrotóxicos os problemas que podem surgir para o trabalhador no campo. No Vale do Ribeira, por exemplo, as estatísticas demonstram que os animais peçonhentos (cobras, escorpiões e aranhas) são os principais causadores de acidentes. E no caso da lavoura canavieira, em Campos, há já detectados 16 tipos de doenças e acidentes envolvendo condições climáticas, elementos da planta, microorganismos, fogo, radiações e outros tipos de traumatismos. Destas, 15 apresentam como elemento causador, entre outros, os praguicidas.

Em termos de legislação, o trabalhador do campo está praticamente no século passado. Uma série de medidas de proteção ao trabalhador urbano não são exigidas para o trabalhador rural. Acidentes de trajeto, por exemplo, não são considerados acidentes de trabalho. Em relação às doenças profissionais, o trabalhador rural não tem direito legal ao registro daquelas que sejam aprovadas, através de perícia, como ligadas à sua atividade. Sobre os benefícios, o trabalhador rural só tem direito, em caso de acidente ou doença, a 75 por cento do salário mínimo vigente no País, sendo que não estão incluídas a indenização acidentária por perda ou lesão e o reconhecimento da invalidez parcial, com o pagamento do benefício proporcional à incapacidade do trabalhador para exercer o seu trabalho, tal como é feito em relação à mão-de-obra urbana.

Finalmente, as normas de Segurança e Medicina do Trabalho, que deveriam ter sido estabelecidas por uma portaria a ser baixada pelo Ministério do Trabalho – semelhantes às normas para o trabalho urbano baixadas em 78 – até hoje não passam de estudos. Até hoje!

Saúde do Trabalhador

Um quadro dramático

A saúde do trabalhador, mais que por condições biológicas ou por condições do ambiente de trabalho é, na verdade, determinada simultaneamente pelas condições de vida e de trabalho. Tais condições são, por sua vez, determinadas por processos sociais mais abrangentes. A saúde do trabalhador, portanto, é resultado de um longo processo histórico que sempre se caracterizou pela constante exploração do trabalhador, tanto na cidade quanto no campo e que, no Brasil, tem as suas especificidades.

Fartamente denunciado como dramático, o quadro de saúde do trabalhador hoje, é resultado de uma determinada opção de desenvolvimento, onde os interesses das elites invariavelmente colocam em segundo plano as questões sociais que dizem respeito à grande maioria da população brasileira. A falta de prioridade para o trabalhador rural, com o esvaziamento do campo e a migração para os centros urbanos industriais, transforma o trabalhador numa simples peça de reposição. Lucro, produção, exportação são conceitos que se sobrepõem à melhoria das condições de vida dos trabalhadores, enquanto cidadãos.

Nos últimos anos, o crescimento acelerado foi calcado no arrocho salarial e numa política de exportações combinada com um endividamento e pagamento de juros exorbitantes, tornando o Brasil o paraíso das multinacionais e do capital financeiro. Por outro lado as necessidades básicas do trabalhador — alimentação, saúde, moradia, transporte e lazer — são deixadas de lado e o Estado, ao invés de estar comprometido com a população, volta-se para os interesses da classe patronal combinando um discurso democrático com a ausência de ações que o materializem.

Esse quadro se agrava quando levamos em conta o desconhecimento, por parte dos trabalhadores, dos riscos a que estão expostos nos ambientes de trabalho e a absoluta falta de controle dos processos de produção a que são submetidos.

No campo, a situação do trabalhador rural é mais dramática, sem o amparo legal já conquistado em alguns níveis pelo trabalhador urbano e, não raro, vivendo num dissimulado regime de escravidão.

A concentração de terras nas mãos de latifundiários, a política agrícola (que favorece a exportação e os grandes produtores, em detrimento da produção de alimentos básicos para a população) e as leis discriminatórias apontam para a muito reivindicada transformação da estrutura fundiária do País.

No Brasil hoje coexistem práticas rudimentares, no campo e na indústria, e processos de produção de tecnologia de ponta. Coexistem um alto nível de desenvolvimento econômico com um baixo nível de vida. Coexistem doenças "modernas" com endemias clássicas. O Brasil figura como recordista mundial de acidentes de trabalhos mesmo apresentando estatísticas e registros oficiais distantes da realidade: os números são subnotificados ou pela falta de diagnóstico ou pela omissão nas notificações.

Extensas jornadas, desgastantes deslocamentos casa/trabalho, baixos salários, impossibilidade do lazer real, falta de estabilidade no emprego, precariedade da estrutura sindical, não cumprimento dos mais elementares direitos do trabalhador, exploração do trabalho da mulher e do menor, agravam ainda mais este já caótico quadro da saúde do trabalhador no meio urbano. No meio rural, sem os plenos direitos trabalhistas e previdenciários, com deficiente assistência à saúde e social, submetido a freqüentes deslocamentos por longas distâncias, o trabalhador do campo convive ora com a esperança da reforma agrária, ora empurrado à migração para os centros urbanos. Morre sem terra, pela terra, com as crianças executando atividades que seriam excessivas até mesmo para um adulto, sem fixação de horário da jornada de trabalho e exposto a substâncias tóxicas cuja nocividade, por falta de informação básica, é desconhecida por ele.

O quadro setorial na saúde é marcado pelo descaso das autoridades com os problemas da saúde do trabalhador, pelas dificuldades de acesso aos serviços de assistência, pela falta de integração entre os órgãos públicos responsáveis pela prestação de serviços, bem como pela existência de leis sobrepostas e restritivas. O Estado não se compromete com seu dever e responsabilidade, delegando

Aos leitores

Este ano é marcado pela elaboração de uma nova Constituição para o País. Uma Constituição que, estima-se, deverá ser mais próxima da realidade do País e da população. Temos consciência, evidente, de que não será a Constituição ideal — ela existiria em algum lugar? — e sabemos que as "questões macro" acabam por abafar as "questões micro".

Estamos aqui para falar de uma questão macro que jamais foi vista desta forma: a questão da saúde do trabalhador. A maior catástrofe deste País, que se rejubila de não sofrer com terremotos, maremotos ou vulcões, mas que perde dezenas de milhares de habitantes por ano em acidentes do trabalho ou vítimas das doenças profissionais.

Já "conquistamos" mais de uma vez o título de campeões mundiais de acidentes de trabalho — o primeiro na década de 70 — embora Governo e empresários não gostem de falar nisso. E fomos campeões com números oficiais três vezes menores que os verdadeiros, neste paraíso da subnotificação. E no campo da prevenção, são totalmente incipientes as ações.

Somente de alguns anos para cá começaram a surgir pesquisas em diversas regiões do País, muito mais fruto de atitudes pessoais de alguns profissionais que por diretriz política de instituições. E o quadro real tem se revelado grave.

Nesta TEMA buscamos dar alguns dados para que o leitor possa ter alguma informação sobre este assunto e agradecemos toda a colaboração recebida. Merecem citação o Sub-Secretário de Saúde de São Paulo, René Mendes, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Fiocruz), sobretudo do doutor Jorge Mesquita Hoet Machado.

Os dados apresentados nesta publicação foram retirados da tese de Livre-docência "Doutrina e prática da integração da saúde ocupacional no setor de saúde: contribuição para a definição de uma política", do professor René Mendes; do documento "Política Nacional de Saúde do Trabalhador — Análises e Perspectivas", elaborado pelo Cesteh como contribuição para a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; do "Projeto de Vigilância Epidemiológica de Intoxicações Exógenas no Vale do Ribeira", concretizado pela então Devale; dos boletins do Sindicato dos Metalúrgicos de Santos (Cimentel e Rádio Peão); dos boletins Trabalho e Saúde, órgão informativo do Diesat e da revista "Doenças Profissinais em Processamento de Dados", elaborada pelo Sindicato dos Empregados em Empresas de Processamento de Dados do Estado de São Paulo.

Buscamos destacar três casos exemplares — um na indústria, um no campo e um no setor terciário. Temos consciência de que representam apenas detalhes de um quadro bem maior, entretando, servem como exemplos expressivos da grave situação existente.

O assunto, por sua relevância, evidentemente voltará a ser tema de outras publicações. Acreditamos, no entanto, que a evolução dos debates em torno da Reforma Sanitária, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, permitirá não apenas revelar os números cruéis dessa realidade hoje, mas sim avançar na efetiva solução dos problemas de saúde do trabalhador em todos os níveis

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE
TEMA

RADIS – Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde

A revista TEMA é editada pelo RADIS – Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde, projeto desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** e pelo **Centro de Informações para a Saúde** da **Fundação Oswaldo Cruz**, com a colaboração do **Inamps**. **Coordenação do Projeto RADIS:** Célia Maria de Almeida. **Editor Responsável:** Álvaro Nascimento. **Texto:** Marcus Barros Pinto e Sinval Brandão. **Ilustrações:** Carlos Xavier (Caco). **Arte:** Victor Ebralco. **Banco de Dados:** Simone Oliveira. **Secretaria:** Jandira Vilhena. **Cadastro:** Martha Gomes. **Colaboração:** Assessoria de Imprensa (Maria Christina Tavares) e Assessoria Parlamentar (Olga D'Arc) da Presidência da Fundação Oswaldo Cruz.
Tiragem: 40 mil exemplares; **Distribuição:** Direta, via correios. **Fotocomposição:** Studio Alfa. **Composição:** Alpha Publicidade. **Fotolito e Impressão:** Gráfica Ébano.
Assinatura: Em conjunto com PROPOSTA e DADOS. Escreva para o Projeto RADIS, Avenida Brasil, 4036 – sala 515 – CEP 21.040 – Tel.: 270-9122, ramais 287 e 288 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

Apesar da subnotificação, somos os CAMPEÕES MUNDIAIS em acidentes

As estatísticas oficiais registram uma média anual de um milhão de acidentes do trabalho no Brasil. Estes cálculos revelam que de cada 246 acidentes, um é fatal e que morrem 13 trabalhadores por dia. Pesquisas neste campo, no entanto, desenvolvidas pelas mais diversas entidades, elevam estes números para patamares no mínimo três vezes mais altos. Se computados como realmente deveriam, os acidentes seriam cerca de três milhões por ano, com 9.600 por dia, destes 39 levando à morte. Ou seja, no Brasil morrem, por ano, vítimas de acidentes do trabalho, 11.700 trabalhadores.

Esta catástrofe nacional se revela pela simples decantação de dados estatísticos. A população econômicamente ativa (PEA) no Brasil é de cerca de 65 milhões de pessoas, ou seja, metade da população total. Destes, 53 por cento são enquadrados como mão-de-obra informal, ou seja, trabalham sem carteira assinada, por conta própria, sem contribuir com a previdência, ou simplesmente não são remunerados. Em 98 por cento dos estabelecimentos, englobando 65 por cento da força de trabalho, não há qualquer programa de saúde ocupacional. E estes números oficiais dizem respeito predominantemente à indústria, com as limitações que descrevemos a seguir. Ou seja, de uma PEA de 65 milhões, só 30 milhões são segurados pela previdência e como as estatísticas oficiais de acidentes concentram-se em 80 por cento na indústria, apenas 13 milhões de trabalhadores são realmente considerados (já que a indústria ocupa apenas 21,7 por cento da PEA).

Na proposta à Constituinte, elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, no Artigo 1º, parágrafo único, está dito que o direito à saúde implica, entre outros, em condições dignas de trabalho, saneamento, moradia, alimentação, educação, transporte e lazer, ou ainda na recusa aos trabalhos em ambiente insalubre ou perigoso, ou que represente risco iminente à saúde, quando não forem adotadas medidas para a eliminação ou proteção aos riscos. Este último aspecto — que para muitos pode parecer exagero estar proposto para o texto constitucional e não para a legislação ordinária — tem sua justificativa nos registros de pesquisadores, técnicos e profissionais da área de saúde. Os acidentes de trabalho, doenças profissionais e doenças do trabalho são hoje um dos principais problemas de saúde do País.

CAMPEÃO MUNDIAL

Desde a década de 70 — quando conquistou o "campeonato mundial" de acidentes de trabalho (foram quase dois milhões em 75) — o Brasil está sempre nas primeiras posições, mesmo com os subnotificados registros oficias. Caso se computasse a realidade, seriamos os campeões eternamente, enquanto não se reverter o quadro atual das condições de trabalho.

As doenças profissionais, que têm registros médios de mil casos por ano, poderiam multiplicar em muito este índice, caso houvesse seriedade em relação às notificações. De 70 a 85 os registros oficiais contabilizaram 23 milhões de acidentes do trabalho, com 63 mil mortes. Triplicando estes números, chega-se à realidade. Entre 73 e 77, a permanência média nos Centros de Reabilitação Profissional era de 79 dias. Esta média aumentou para 94 dias e o retorno do trabalhador à sua atividade após este período caiu de 70 por cento para apenas 44 por cento.

Análises dos últimos relatórios oficiais de acidentes do trabalho demonstram que a mortalidade e a incapacidade permanente têm aumentado nos últimos anos, enquanto os registros gerais de acidentes têm decrescido. A hipótese mais aceita para justificar este fato está na modificação da legislação que, a partir de 76 — exatamente um ano depois do récord mundial —, passou a considerar o absenteísmo por até 15 dias como

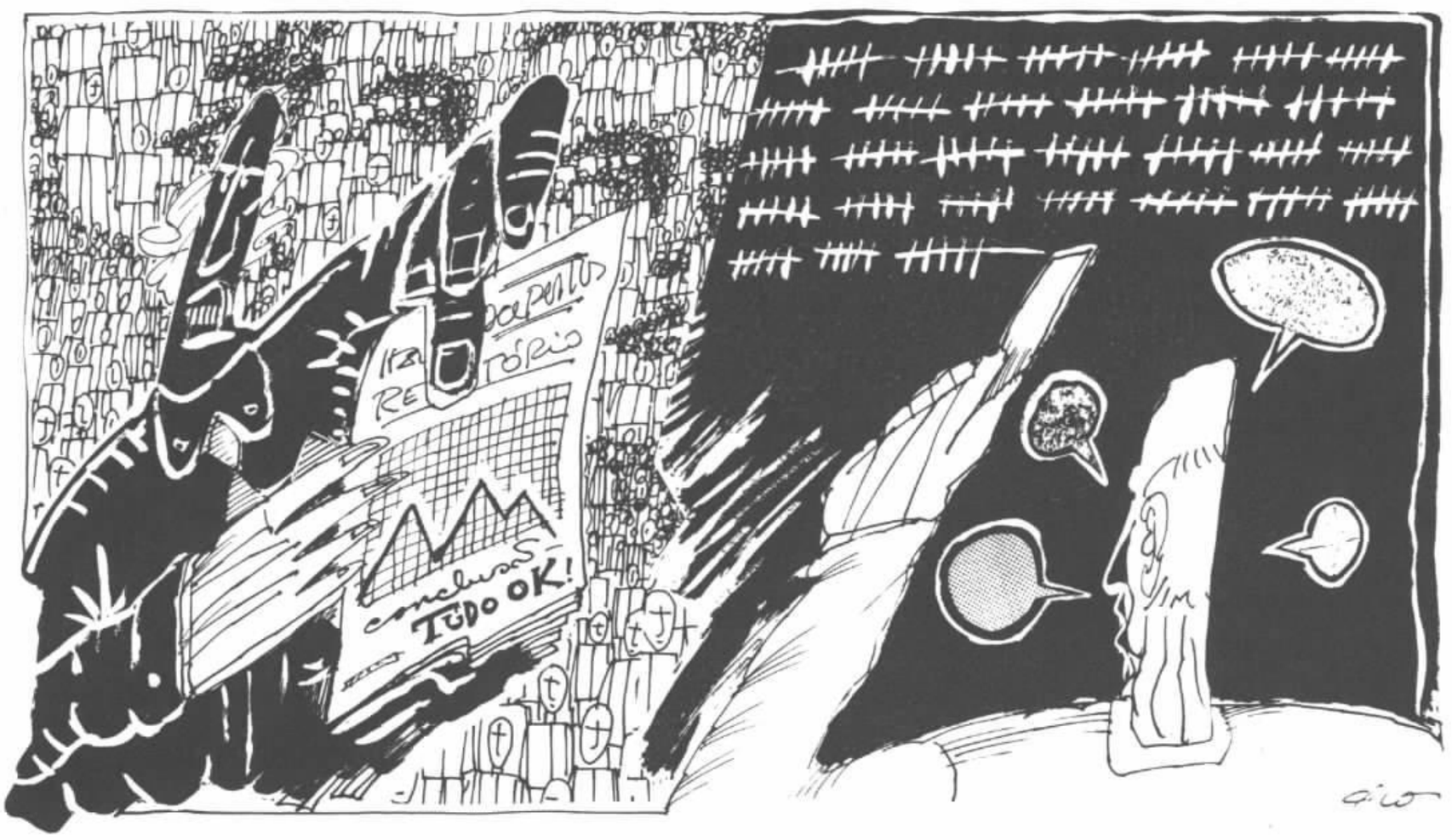
provocado por acidentes leves, período dentro do qual a empresa se responsabiliza pelo pagamento do salário do trabalhador. Utilizando-se de seus próprios serviços médicos, as empresas zelam pela não notificação destes acidentes, emagrecendo as estatísticas oficiais.

E, quando se fala em números oficiais, é sempre bom frisar que o setor industrial responde por 80 por cento das notificações. Ou seja, os acidentes do trabalho no campo — palco de inúmeros problemas como as intoxicações por agrotóxicos, intoxicações com mercúrio nos garimpos ou picadas de animais peçonhentos durante o plantio ou a colheita — simplesmente não são contabilizados, ainda que o campo concentre 29,8 por cento da População Econômicamente Ativa e já haja registro de milhares de casos em estudos já desenvolvidos.

Outros motivos de sub-registro nas estatísticas oficiais são a dificuldade de caracterização do nexo-causal, a imprecisão de característica diagnóstica de certas doenças, a deficiência da formação médica em relação às doenças ocupacionais, a falta de sistematização na anamnese profissional e a falta de informação dos trabalhadores.

PORQUE TRÊS VEZES MAIS

Pesquisas realizadas em diversos centros industriais por profissionais ligados a sindicatos de trabalhadores ou entidades de investigação científica denunciam que cerca de 40 mil trabalhadores sofrem hoje de surdez profissional em graus variados; 50 por cento dos trabalhadores em galva-



noplastias têm lesões no septo nasal; os registros de dermatoses são de 500 a mil vezes maiores que as notificações por doença como um todo; só no sudeste há 30 mil vítimas de silicose e temos hoje 13 milhões de reumáticos. E nenhum destes números mereceu, até o momento, um lugar nas estatísticas oficiais.

Atualmente, 99 por cento dos recursos do seguro obrigatório contra acidentes do trabalho são gastos no custeio de acidentatos, enquanto apenas um por cento vai para atividades de promoção e proteção à saúde do trabalhador. A CLT é a mesma desde 1943 e a Justiça do Trabalho vem se renovando através de jurisprudência nos embates concretos tratados judicialmente entre o capital e o trabalho, com avanços de ambos os lados acarretando alguma modernização da legislação. Mais um detalhe é que, em média, cada categoria profissional tem apenas 20 por cento do total de trabalhadores filiados ao seu respectivo sindicato.

Em 1972, os registros de acidentes do trabalho atingiram a 18,47 por cento do total dos trabalhadores segurados pela previdência social, mais um record mundial. Enquanto isso, até hoje o registro de doenças profissionais pelo INPS revela apenas de um a dois casos em cada dez mil trabalhadores por ano, e nos países desenvolvidos, nos desenvolvidos, é bom repetir, estes índices atingem 40 a 60 casos para cada dez mil trabalhadores. E por que? Principalmente porque no Brasil patrões e Governo ainda desconsideram números e argumentos apresentados por técnicos e pesquisadores que demonstram a realidade das condições de saúde do trabalhador brasileiro.

DOENÇAS DE DIFÍCIL REGISTRO

Há diversos tipos de doença para as quais é difícil se provar, dentro dos atalhos legais, que se tratam de doenças do trabalho. Exemplo disso é a hipertensão arterial. Cerca de dez por cento da população adulta sofre deste problema em diversas gradações. Pesquisas já demonstraram que certas atividades geram índices mais altos, como no caso dos metalúrgicos (17,3 por cento), bancários (18,6 por cento), trabalhadores de transportes públicos (18,9 por cento) e jornalistas (21 por cento).

Outro exemplo são as doenças respiratórias crônicas. A poeira ocupacional atinge a quase totalidade dos trabalhadores. Nas minas de carvão, mineiros têm de 1,2 a 6,4 vezes mais casos de bronquite crônica e nas indústrias de cimento, 19 por cento dos trabalhadores apresentam bronquite crônica simples.

No caso de doenças do aparelho locomotor, os problemas de coluna ocupam o terceiro lugar entre as doenças que geram incapacitação temporária (atrás das neuroses e da hipertensão) e o segundo lugar entre as doenças que causam a incapacitação permanente (atrás da hipertensão e à frente das neuroses). Para 15 por cento dos casos, o afastamento do trabalhador dura quase um ano, obrigando a Previdência a pagar 25 milhões de dias de serviço somente nestes casos.

No campo dos distúrbios mentais e do **stress,** calcula-se que 18 por cento das populações urbanas necessitam de algum tipo de ajuda psiquátrica e que de cinco a 10 por cento da força de trabalho sofre de problemas sérios. Entre a principais causas estão as intoxicações profissionais — cuja ação sobre o sistema nervoso central já tem sido fartamente descrita a nível experimental — e os fatores predisponentes que o trabalho contribui para transformar em fator precipitador (algumas pessoas são mais vulneráveis a distúrbios emocionais que outras).

Estudos, tanto no Brasil quanto em outros países, revelam que as principais causas do **stress** são a sobrecarga de trabalho, a rotina ou atividade monótona, os conflitos de responsabilidade no ambiente de trabalho, a falta de controle da própria situação dentro da atividade produtiva, a falta de apoio social e fatores externos como ruído excessivo, temperatuas extremas, luzes e odores. Tudo isso gera reações emocionais (ansiedade, depressão), comportamentais (alcoolismo, tabagismo) ou fisiológicas (taquicardia, sudorese e hipertensão).

As doenças cardiovasculares também têm seu espaço. Além dos problemas com o monóxido de carbono (mais grave ainda no caso dos fumantes), há casos espantosos, como os trabalhadores expostos muito tempo a nitratos orgânicos, nas indústrias de explosivos. Há registros de casos agudos de angina pectoris, causada pela abstinência da exposição aos nitratos, também conhecida como "a morte das segundas-feiras de manhã", provocada por um vasoespasmo coronariano após o período de 36 a 72 horas de interrupção brusca de exposição aos nitroglicóides. O sulfeto de carbono também é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um forte causador de isquemia coronariana. Atualmente pesquisa-se até que ponto alguns processos industriais e algumas substâncias químicas podem provocar o câncer.

OS ACIDENTES MAIS COMUNS

Em se falando de atividades produtivas, as mais letais são a de condutor de transporte (19,4 por cento do total) e de servente de obras, segundo uma pesquisa localizada na região de Campinas. A construção civil responde por 29,9 por cento dos índices de mortalidade e os acidentes com veículos são a maior causa externa de mortes (50,1 por cento). Há outros estudos dando conta de que 50 por cento dos atropelamentos poderiam perfeitamente ser classificados como acidentes do trabalho, valendo lembrar que o Brasil detém o título (também) de campeão mundial de acidentes no trânsito, com os atropelamentos representando 70 por cento destes acidentes.

dência acelerada estão se tornando vítimas de Lesões por Esforços Repetitivos (LER), além de apresentar problemas na coluna, de visão, genéticos e *stress*. As lesões por esforços repetitivos que mais atingem os digitadores são a sinotive, a tendinite, a bursite e, a mais conhecida, a tenossinovite. Somente esta última já atinge a aproximadamente 30 por cento dos digitadores e consiste na inflamação dos tendões dos dedos e mãos, que pode levar à imobilidade. É um processo inflamatório causado pelo atrito constante e contínuo dos tendões na altura do punho, provocado pelo movimento repetitivo dos dedos no teclado do terminal, causando dores fortes na altura do punho e, dependendo do grau da inflamação, refletindo estas dores no cotovelo e antebraço, perda da sensibilidade, força e coordenação motora, até a imobilização, pois a continuidade da atividade pode levar à irreversibilidade da doença.

A fadiga visual também é comum pois o digitador é obrigado à atenção constante nas mãos — uma digitando e outra marcando as páginas onde estão os dados a serem digitados —, além do visor. A coluna é sacrificada por ser a postura sentada um fator de risco para diversos de seus segmentos, com maiores problemas para o segmento cervical (altura do pescoço) e o lombar, quando não há um suporte para as costas. Como em outras profissões, o *stress* surge a partir das ameaças do ambiente físico — no caso, mesas, cadeiras, terminais, iluminação, ruído ou temperaturas inadequados — bem como do ambiente psicossocial — ameaça de desemprego, pressão pela produção, jornada de trabalho muito longa, ausência de pausas no trabalho e falta de controle sobre a própria atividade.

Em relação aos perigos genéticos, ainda não existem provas concludentes a respeito dos riscos resultantes das radiações eletromagnéticas emitidas através dos visores dos terminais, mas constituem preocupação em casos de gravidez, pelo fato de serem causas de possíveis abortos, partos prematuros ou deformações congênitas. Por isso se evita o trabalho de mulheres grávidas em terminais.

Nilce Rocha Oliveira, diretora do Sindicato dos Profissionais de Processamento de Dados do Rio de Janiero conta que os primeiros casos foram constatados em digitadores do Banco do Brasil no Rio Grande do Sul, em 82, depois que um cipeiro (integrante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) percebeu que havia casos demais de digitadores trabalhando com o braço enfaixado. A partir daí a observação foi estendida a outros Centros de Processamento de Dados (CPDs) e ficou claro que se tratava de uma doença específica de digitadores.

Neste período, recorda Nilce, profissionais de outros estados até chacota faziam dos gaúchos, achando que a doença só ocorria por lá. Constatou-se, mais tarde, que o frio é um agravante. Como somente algumas vezes o inchaço se apresenta como sintoma e, na maioria dos casos, o que há são fortes dores, os patrões de início imaginavam que se tratava apenas de uma "embromação". E até hoje ainda não há muito conhecimento médico-científico a respeito das LER. Outro preconceito por parte dos patrões, segundo Nilce, vem do fato da maioria dos digitadores serem mulheres:

— Para os patrões, as lesões seriam causadas por atividades domésticas como lavar roupas ou lavar pratos, numa ótica preconceituosa e machista, voltada somente para a produtividade e o lucro e não para as condições de saúde dos trabalhadores.

O tratamento mais comum tem sido o repouso de um a três meses mas já se tem constatado que no retorno à digitação, volta o problema. Outro fator agravante é o fato de que o salário dos digitadores é baixo e a maioria tem dois empregos, trabalhando 12 horas por dia, ao invés das seis legalmente recomendadas. Fora casos em que são obrigados pelos patrões a estender as jornadas com duas ou até quatro horas extras.

No ano passado, depois de

Posição ergonômica (maior conforto)

A) 350 - 600mm aproximadamente. B) Cabeça num ângulo aproximado de 15º a 20º. C) Encosto regulável. D) Altura do assento regulável. E) Base de apoio estável. F) Inclinação do encosto. G) Apoio para os braços. H) Ângulo aproximado de 90º. I) Espaço para as pernas.

CUBATÃO

uma história exemplar

Este é o texto do boletim número 257, de 27 de março deste ano, do Sindicato dos Metalúrgicos de Santos, o "Rádio Peão". Denuncia o falecimento de um metalúrgico, fruto de um problema que há cinco anos vem afetando quem trabalha naquela siderurgica e gerando um dos maiores movimentos em defesa da saúde dos trabalhadores já desenvolvidos por um sindicato.

"Estamos de luto. O companheiro Manuel Joaquim Francisco Júnior, laminador desbastador não esperou a leucopenia corroer sua saúde até o fim. Na madrugada de segunda para terça-feira (23 para 24 de março deste ano) ele se enforcou, aos 32 anos de idade, deixando mulher e três filhos. Ele estava afastado da produção para controle interno, mas a direção da Cosipa foi buscá-lo em casa, oito dias antes da sua morte. Além das pressões disfarçadas, prometeram ao rapaz que ele seria promovido. Contrariado, ele voltou para a área sem poder fazer nada. Não foi promovido e não conseguia dormir, pensando no 'canto dos Mengeles', que só querem a produção, mesmo que isto custe nossas vidas. Na sexta-feira, passou a manhã simplesmente olhando para o poço de carepa. A chefia procurou um psiquiatra a manhã inteira mas não achou. Uma assistente social foi tirada de uma reunião, conversou com o companheiro e ficou de passar em sua casa no fim de semana. Mas não passou. E ele se foi".

Em 1978, o Sindicato dos Metalúrgicos de Santos entrou em contato com profissionais da área de saúde buscando alguém que pudesse atuar dentro do sindicato, num momento em que crescia o Movimento de Renovação Médica, o Reme, surgia o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e um órgão técnico de apoio aos sindicatos, o Diesat, primo-irmão do Dieese.

A doutora Lia Giraldo — hoje Diretora do Escritório Regional de Saúde de Santos, indicada pelo movimento sindical — foi então trabalhar com os metalúrgicos e, num primeiro momento, eles buscaram fazer denúncias das péssimas condições de trabalho a que estavam expostos os trabalhadores. Ainda sob regime autoritário no País, nada repercutia ou era encaminhado pelos órgãos de governo. Em 82 resolveram mudar a estratégia, discutindo quais seriam os riscos mais evidentes em assembléias e os trabalhadores levantaram a questão dos gases tóxicos na coqueria da Cosipa. Feitos os primeiros hemogramas no laboratório do sidicato, o quadro se revelou bem pior do que se imaginava: dezenas de metalúrgicos apresentavam índices de glóbulos brancos baixíssimos, demonstrando que o fato de trabalharem sob exposição ao benzeno havia lhes afetado a medula e eram vítimas da leucopenia.

Começaram a divulgar suas descobertas, seus dados, denunciar na imprensa, no parlamento, pressionando os órgãos públicos e, pela primeira vez, doenças ocupacionais passaram a ter notificação compulsória. Caiu por terra a campanha do "acidente zero" da Cosipa, quando foram afastados os primeiros trabalhadores. Uriel Villas Boas, primeiro secretário do Sindicato, lembra que hoje a leucopenia é considerada uma doença de trabalho a nível nacional, a partir da luta iniciada em Cubatão. E demonstra preocupação não só com seus companheiros, mas com os empregados das empreiteiras que fornecem mão-de-obra para a Cosipa:

— Pela legislação eles pertencem ao Sindicato da Construção Civil. E aqueles que foram afastados estão em pior situação, pois só recebem a parte que o INPS paga, já que não tinham vínculo empregatício com a siderurgica.

Expostos ao benzeno, os metalurgicos começaram a lutar contra a forma de ação dos profissinais de saúde da empresa que, ao invés de tentar em colaborar na melhoria das condições de trabalho, se empenhavam em manter a força de trabalho nas linhas de produção. O questiona-

ora aos sindicatos ora ao empresariado, atribuições que lhe competem, como dever com os habitantes do país.

Durante os recentes 20 anos de autoritarismo, acentuou-se ainda mais o privilégio do capital, tendo como contrapartida o cerceamento da participação da sociedade nas decisões políticas. A estratégia da fragmentação dos movimentos sociais e do atrelamento do sindicalismo ao Estado ainda não foi completamente reformulada. Os avanços têm se verificado a partir da organização dos trabalhadores, o que tem colocado em xeque o discurso de privilegiamento do setor social, que não se tem acompanhado de ações efetivas que eliminem a desarticulação entre os diferentes órgãos do Estado e a exclusão dos trabalhadores das decisões políticas.

A legislação trabalhista brasileira é dúbia, mal elaborada, sujeita a diversas interpretações, subordinada principalmente aos interesses das elites, baseada em modelos importados e antigos, que não mais condizem com a situação real de desenvolvimento capitalista do Brasil hoje e com as necessidades dos trabalhadores. É uma legislação inoperante pelo descumprimento e inadequação às situações concretas, esbarrando ainda nas limitações impostas pelo Poder Judiciário. No que diz respeito às condições de saúde e trabalho, a legislação mercantiliza o risco através da sua monetarização (adicionais de periculosidade e insalubridade), não atendendo e nem priorizando a proteção do trabalhador no processo de mudança tecnológica. E, finalmente, restringe o número das doenças profissionais, sem reconhecer as agressões decorrentes da introdução de novos agentes no processo produtivo.

Um absurdo que se verifica é que, invariavelmente, no julgamento dos acidentes do trabalho, considera-se "a priori" o trabalhador como culpado pela ocorrência dos mesmos, desconsiderando aspectos tais como a informação e conhecimento sobre eventuais riscos, a instalação de equipamentos pelas empresas que certamente evitariam diversas ocorrências, ou ainda o cansaço, o ato repetitivo e monótono, as horas extras, etc. As práticas de julgamento e perícia, bem como as ações prevencionistas, estão geralmente voltadas para o inivíduo na sua ação específica, isolando-o do coletivo, desconsiderando as condições de trabalho e vida a que estão submetidos os trabalhadores.

A fiscalização é reconhecidamente inoperante, distanciada ao acompanhamento do trabalhador, esporádica, previamente marcada e centralizada. Destaca-se a falta de equipamentos e de recursos humanos, o que torna os serviços extremamente ineficientes. As multas às empresas, quando aplicadas, são ridículas e não levam à mudanças das condições de trabalho. De um modo geral o trabalhador não tem acesso às informações detidas pelas Delegacias Regionais de Trabalho (DRTs), bem como não lhes é permitido o acompanhamento das ações de fiscalização. O Brasil hoje é signatário da convenção da OIT que delega este direito aos sindicatos.

No campo da prevenção, as deficiências são evidentes pela falta de recursos, pelo não cumprimento das atribuições pelos órgãos competentes, pela ineficiência das CIPAs — Comissão Interna de Prevenção de Acidentes — cuja estrutura tolhe uma efetiva ação por parte dos trabalhadores. Seus presidentes são indicados pelos patrões e detêm o poder de delegar tarefas aos demais cipeiros. Mais uma vez aqui aparece o trabalhador como culpado e não vítima do acidente.

Em relação à prestação de serviços de saúde, verifica-se ainda uma tendência privatizante através de mecanismos como convênios com médicos consultantes, com empresas médicas ou de seguros saúde, a manutenção dos convênios-empresa e convênios para atendimento de acidentados no trabalho que não atendem aos interesses da classe trabalhadora. Os Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) das empresas geralmente se subordinam às ordens dos patrões e se organizam para promoverem o rápido retorno da força de trabalho e controle do absenteísmo ao invés de cooperarem para a melhoria das condições de trabalho. A rede pública permanece desaparelhada, burocratizada e com recursos insatisfatórios, ineficaz para o diagnóstico de doenças do trabalhador, seja pela não estruturação adequada dos seus serviços, seja pela deficiência dos profissionais que, por falha de formação, não registram os antecedentes profissionais na história clínica do paciente.

É fundamental a reestruturação e revisão de conceitos no que diz respeito à educação para a prevenção que, hoje, está distorcida e distante da realidade. O conceito de acidente de trabalho é restrito e individualizante, na legislação brasileira. Sua reformulação deve considerar a questão da saúde do trabalhador como uma questão de saúde coletiva — em que o processo de trabalho irá marcar a ferro e fogo as populações expostas —, sendo os acidentes e doenças do trabalhador eventos a serem estudados com o objetivo de se aperfeiçoar o processo produtivo e não para o pagamento de benefícios previdenciários que deveriam ser direito inequívoco do trabalhador.

A atuação dos trabalhadores em defesa de sua saúde se caracteriza por um envolvimento cada vez maior dos sindicatos na questão da saúde como objeto de luta. No seu sentido mais amplo, quando se vê a saúde como resultado das condições gerais de vida, a luta dos trabalhadores tem se verificado mais articulada, variando seu sucesso com o maior ou menor grau de mobilização de cada categoria. Conclui-se, então, que a organização é decisiva para a abertura de espaços e deve ser incentivada pelo movimento sindical a criação de Comissões de Saúde nas empresas, além da participação dos sindicatos na definição de uma Política de Saúde e Segurança do Trabalho.

Cabe ainda ressaltar que o avanço nas questões de saúde dos trabalhadores é uma opção política, dos técnicos e dos profissionais da área, e o processo da Reforma Sanitária, que coloca a democratização da saúde e do saber, será fortalecido à medida que a classe trabalhadora entre nessa luta pela própria saúde.

Esta matéria foi escrita com base no texto que antecede as propostas específicas do Tema 1 da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, referente à "Situação de Saúde do Trabalhador Brasileiro". Tendo sido aprovado na Plenária Final da Conferência — representando a palavra de 399 delegados, sendo 46 por cento representantes das mais diversas entidades de trabalhadores, 40 por cento representados do Estado, nove por cento das universidades, três por cento de outras categorias, e um por cento de políticos e das empresas, respectivamente — consideramos tratar-se uma das mais completas análises desta questão, guardadas as proporções verificadas na distribuição dos delegados por categoria.

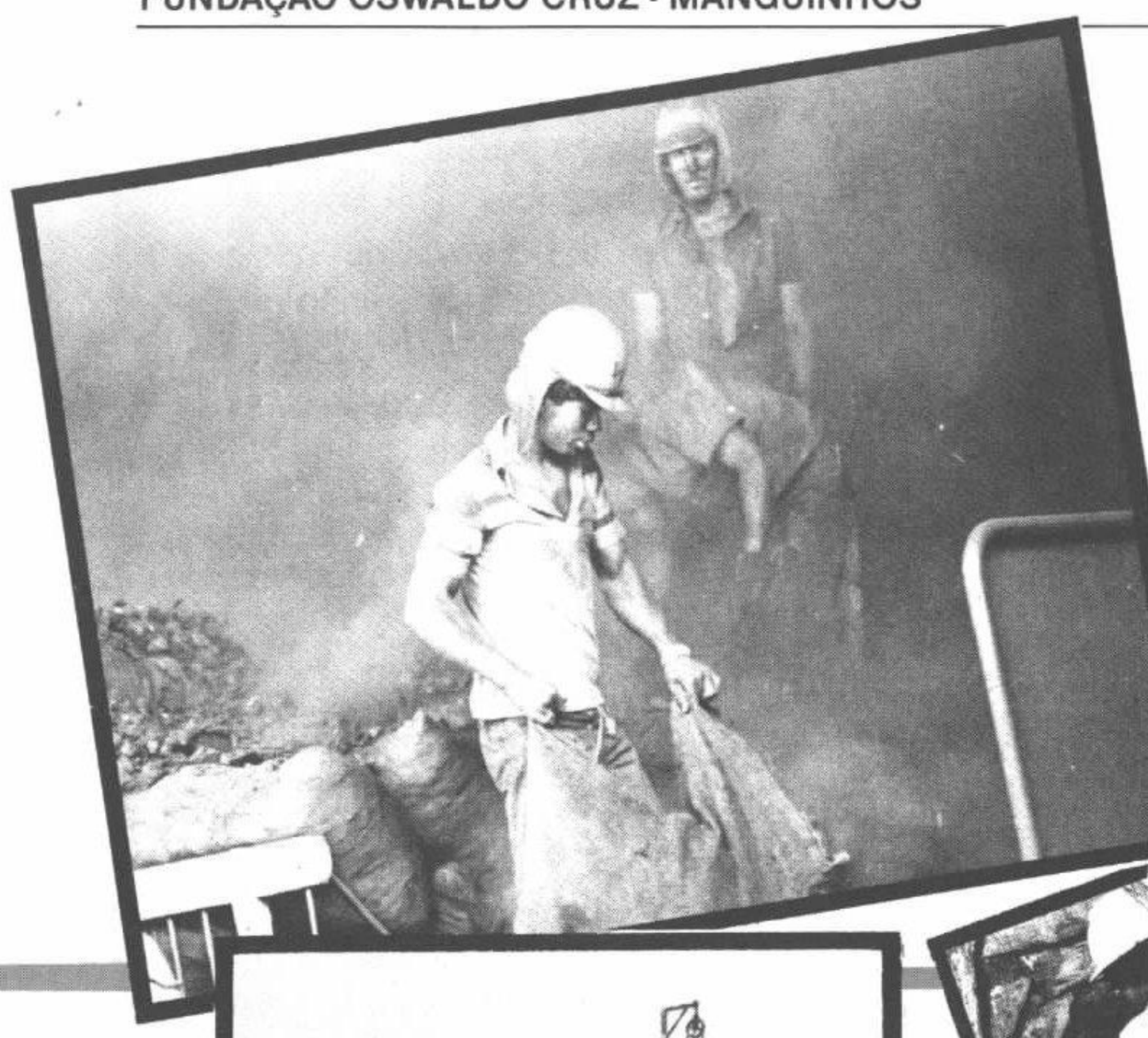
FIOCRUZ

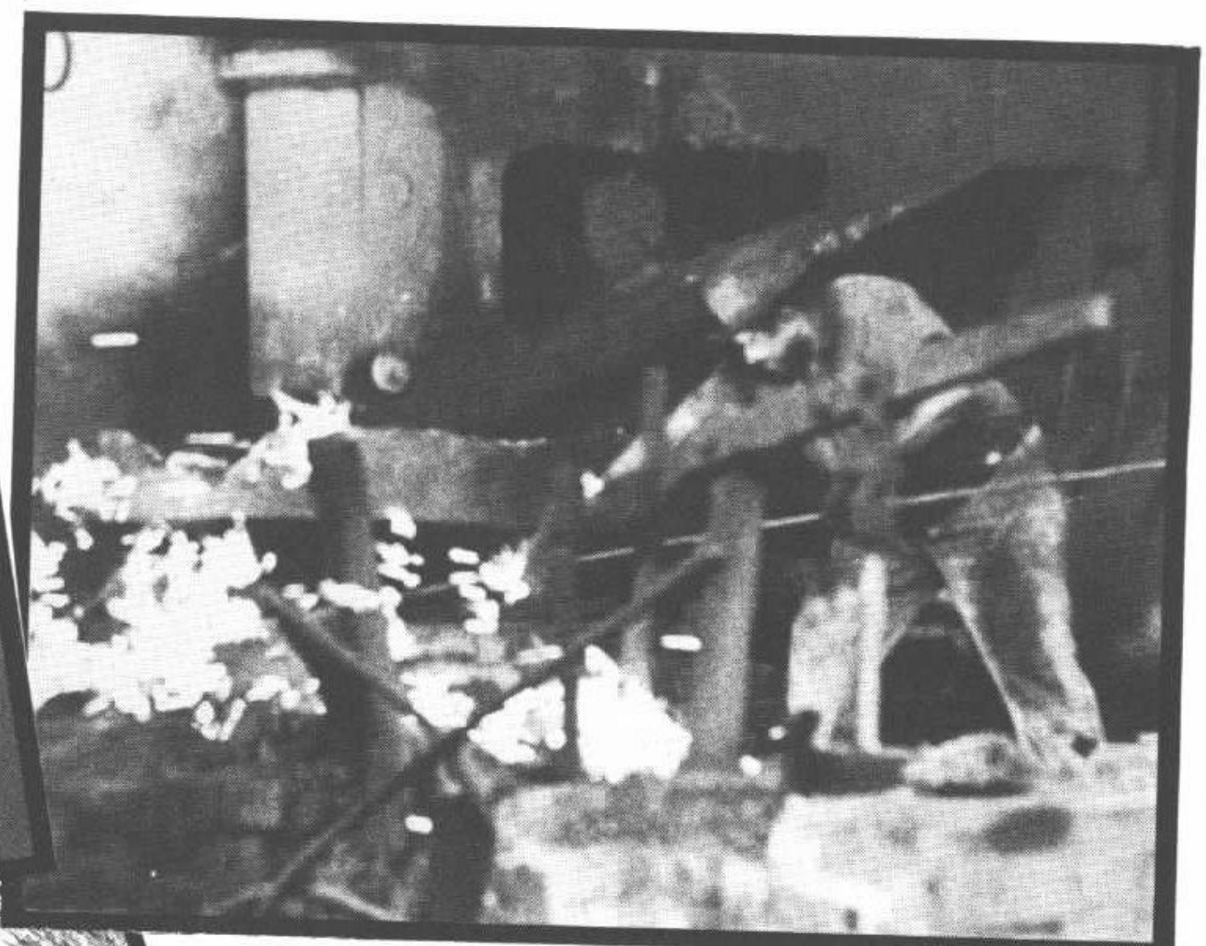
Crua 9

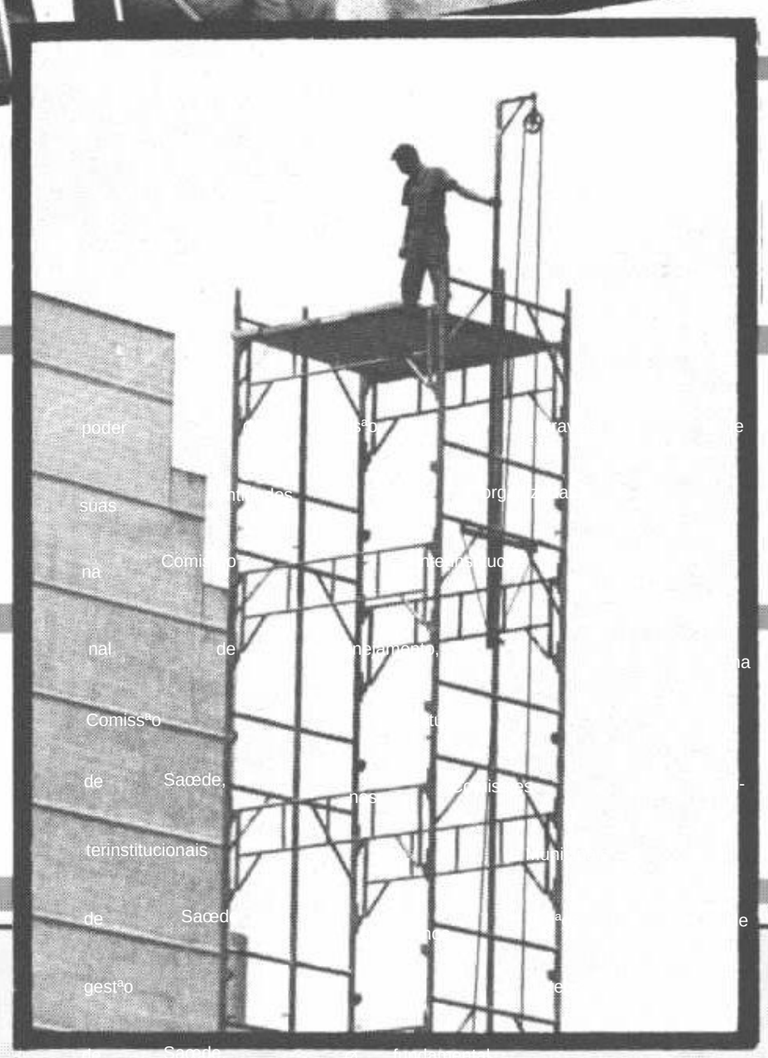
radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - MANGUINHOS

ANO V - NOVEMBRO DE 1987







SAÚDE DO TRABALHADOR

UM QUADRO DRAMÁTICO

CONSTITUINTE: A luz no fim do túnel? Pág. 22

Leucopênicos de Cubatão: Uma história exemplar
Pág. 10

Fala Trabalhador
"O que a gente diz nunca é publicado"
Pág. 12

Agrotóxicos: Intoxicações no Vale do Ribeira
Pág. 16

Tecnologia: As doenças da evolução.
Pág. 19

E MAIS: uma relação de entidades ligadas à saúde do trabalhador Pág. 24

Relação de Entidades ligadas à Saúde do Trabalhador

• ASSOCIAÇÕES, SOCIEDADES, ETC.

ABRASCO
R. Leopoldo Bulhões, 1480/2º andar – 21.041 – Rio/RJ

Associação Brasileira de Medicina do Trabalho
Av. Mem de Sá, 197 – Rio/RJ

Associação Brasileira para Prevenção de Acidentes
Av. Rio Branco, 37/18º andar – Rio/RJ

ANEST – Associação Nacional de Engenharia de Segurança do Trabalho
Bloco G – nº 49, Sobreloja 03/04 – 70.710 – Brasília-DF

Associação dos Sanitaristas do Brasil
Ministério da Saúde – 70.058 – Brasília-DF

SOBES – Sociedade Brasileira de Engenharia de Segurança
Av. Rio Branco, 124 – Rio/RJ

UNIEST – União Nacional dos Engenheiros e Segurança do Trabalho
Av. Brigadeiro Franco, 1438 – Centro – 80.000 – Curitiba-PR

• CENTRAIS SINDICAIS, CONFEDERAÇÕES E SINDICATOS

CGT – Central Geral dos Trabalhadores
R. da Glória, 152 – 5º andar – Conj. 52 – Liberdade – 01.510 – São Paulo-SP

CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
Av. W3 Norte – Quadra 509 – D – Brasília-DF

CUT Nacional
R. Ouvidor Peleja, 112 – Bosque da Saúde – 04.128 – São Paulo-SP

FETAG – Federação Estadual dos Trabalhadores na Agricultura
R. Visconde de Itaboraí, 70 – Centro – 24.030 – Niterói/RJ

Sindicato dos Enfermeiros do Município do Rio de Janeiro
Av. Rio Branco, 156 – S. 3309 – Rio/RJ

Sindicato dos Metalurgicos de Guarulhos
R. dos Metalurgicos, 147 – 07.000 – Guarulhos/SP

Sindicato dos Metalurgicos de Osasco
R. Erasmo Braga, 879 – 06.210 – Osasco/SP

Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo
R. do Carmo, 171 – Centro – 01.019 – São Paulo/SP

Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Telecomunicações do Distrito Federal
SCS – Q. 05 – Bloco nº 32 – S/Loja

Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Telecomunicações e Operadores de Mesas Telefônicas dos Municípios do Rio de Janeiro
R. Morais e Silva, 94 – Rio de Janeiro/RJ

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Bauru
R. Araújo Leite, 2-25 – Bauru/SP

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Osasco
R. Erasmo Braga, 879 – Osasco/SP

Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Urbanas do Rio de Janeiro
R. General Canabarro, 536 – Maracanã – Rio/RJ

• CENTROS, FUNDAÇÕES, ETC.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
Av. Churchill, 97/12º andar – Centro – 20.020 – Rio/RJ

Centro de Estudos de Saúde do Projeto Papucaia – Papucaia
28.695 – Cachoeiras de Macacu/RJ

Centro Josué de Castro
Grupo de Saúde – R. Barão de São Borja, 495 – 50.000 – Recife/PE

Centro Regional de Saúde de Juiz de Fora
Av. dos Andradas, 222 – 36.100 – Juiz de Fora/MG

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
R. dos Carmelitas, 149/3º andar – 01.020 – São Paulo/SP

FUNDACENTRO – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
R. Capote Valente, 710 – Pinheiros – 05.409 – São Paulo/SP

SESC – Serviço Social do Comércio
Rua Bambina, 107 – Botafogo Rio/RJ

• SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

OSEG – Organização de Saúde de Goiás
Programa de Saúde do Trabalhador – A/C Fernando Corso – Av. Anhanguera, 5195 – Setor Coimbra – 74.000 – Goiânia-GO

Projeto de Saúde do Trabalhador
Americana – A/C Lucas Yamakawa – R. Custódio José Inácio Rodrigues, 454 – Parque Industrial – 13.100 – Campinas/SP

Programa de Saúde do Trabalhador de Mogi Mirim
A/C Lucas Sanvido – R. José Bonifácio, 40 – Centro – 13.800 – Mogi Mirim/SP

Programa Saúde dos Trabalhadores
A/C Ari de Carvalho Pinto – R. Água Boa, 175 – Bosque dos Eucaliptos – 12.000 – São José dos Campos/SP

Secretaria de Estado de Saúde e Bem-Estar Social do Paraná
R. Engenheiro Rebouças, 1707 – 88.000 – Curitiba/PR

Centro de Vigilância Sanitária – Grupo de Saúde Ambiental e do Trabalhador
Av. São Luiz 99 – 01.046 – 12º andar – São Paulo/SP

Secretaria de Saúde de Florianópolis
Prefeitura Municipal – R. Almirante Alvim, 19 – Centro – Florianópolis/SC

Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais
Av. Afonso Pena, 2300 – 30.000 – Belo Horizonte/MG

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 351 – 5º andar – 01.246 – São Paulo/SP

Secretaria de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro
Av. Marechal Câmara, 350/3º andar – 22.231 – Rio/RJ

• UNIVERSIDADES

UNICAMP – Universidade de Campinas
Departamento de Medicina Preventiva e Social – R. Benjamin Constant, 1657 – Centro – Campinas/SP

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social – R. São Francisco Xavier, 524/7º andar – Bl. E – 20.550 – Rio/RJ

UFF – Universidade Federal Fluminense
Centro de Ciências Médicas – Departamento de Saúde da Comunidade – R. Marquês do Paraná, 303/4º andar – Centro – Niterói/RJ

Universidade Federal de Goiás
Departamento de Saúde Coletiva – Praça Universitária, S/Nº – 74.000 – Goiânia/GO

UFPb – Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciência da Saúde – 58.000 – João Pessoa/PB

UFPb – Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde – 58.000 – João Pessoa/PB

UFRJ – Serviço de Saúde Coletiva
Sala 05 – A-47 – 5º andar – Hospital Universitário UFRJ – Av. Brigadeiro Prontovisky S/N – Ilha do Fundão – 21.941 – Rio/RJ

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde – Campus Universitário – Trindade – Cx. Postal 476 – 88.049 – Florianólis/SC

UnB – Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde – Núcleo de Estudos em Saúde Pública – 70.000 – Brasília/DF

UNESP – Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina em Saúde Pública – 18.610 – Botucatu/SP

USP – Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva – Av. Dr. Arnaldo, 455 – 2º andar – 01.246 – São Paulo/SP